

Consentimiento Informado para procedimientos odontológicos con anestesia local

Establecimiento de salud	Servicio	
Nombre del usuario	N.º de identificación	Edad
Nombre del profesional que informa	Código profesional	
Nombre del profesional que realiza el procedimiento	Código profesional	

Lea cuidadosamente y consulte al profesional cualquier duda que le surja.

Descripción del procedimiento: la anestesia local se utiliza para eliminar o disminuir la sensación de dolor cuando se hacen diferentes procedimientos orales, como tratamientos de nervio, cirugías, calzas, limpiezas profundas, entre otros; esta se coloca mediante una inyección dentro de la boca. En su caso particular, el profesional le explicará el motivo por el cual se debe utilizar.

Objetivo y beneficios esperables: eliminar o disminuir la sensación de dolor durante el tratamiento.

Alternativas disponibles: podría utilizarse anestesia tópica (en forma de gel o spray) para disminuir la sensibilidad, o no utilizarse anestesia local en algunos tratamientos, según la complejidad del procedimiento. Sin embargo, usted debe conocer que va a percibir el dolor y molestias. El profesional le explicará estas opciones y determinará si son adecuadas para su caso.

Consecuencias previsibles: experimentará pérdida de sensación en zonas cercanas al sitio de la aplicación de la anestesia; esto desaparece en pocas horas.

Riesgos frecuentes: cualquier procedimiento tiene riesgos; en el caso de la aplicación de la anestesia local, se podría presentar:

- Sensación de desmayo o mareos.
- Taquicardia (corazón acelerado).
- Moretes en el lugar de la punción.
- Dolor en el lugar de la punción.
- Por falta de sensación, podría morderse la lengua, los labios o la parte interna de las mejillas.

Riesgos graves: son menos frecuentes, como pérdida temporal o permanente de sensibilidad en la encía o la cara o reacción alérgica a la anestesia, lo cual podría incluso comprometer su salud o su vida. En caso de presentarse una situación así, usted será atendido por el personal médico de la institución.

Riesgos personalizados: el profesional le explicará y anotará en observaciones sus condiciones o enfermedades que generen algún riesgo adicional para la intervención.

Información de interés: en caso de una emergencia durante el procedimiento, se hará lo necesario para el resguardo de su salud y su vida. Usted puede cambiar de opinión en cualquier momento, con respecto a si desea continuar con el tratamiento o no. Aceptar realizar el tratamiento no libera al profesional o a la institución de responsabilidades legales o administrativas que estos incumplan.



Dudas planteadas por el paciente: el profesional responderá y anotará en observaciones las preguntas que usted tenga.

Observaciones:

Con base en la información y explicación que el profesional me ha brindado: declaro que toda la información que he proporcionado sobre mi condición de salud es cierta, y que no he omitido ningún aspecto que me hubiera sido preguntado. También declaro que me han explicado oralmente el procedimiento: cómo se realiza, riesgos, complicaciones y alternativas, y me han aclarado todas las dudas. Además, declaro que conozco que existe la posibilidad de cambiar de opinión sobre la realización del procedimiento.

De manera libre y voluntaria complete la siguiente información:

¿Acepta someterse a la intervención propuesta?		(SI)	(NO)
_____	_____	_____	_____
Firma o huella del usuario	Fecha	Hora	
_____	_____	_____	_____
Firma o huella del representante (si procede)	Fecha	Hora	
_____	_____	_____	_____
Firma del profesional que informa	Fecha	Hora	
_____	_____	_____	_____
Firma del profesional que realiza la intervención	Fecha	Hora	

Firmas de los testigos: nosotros, los abajo firmantes, damos fe de que la persona usuaria:

- Ha impreso su huella digital en nuestra presencia, en señal de aceptación del procedimiento o actividad anteriormente indicado.
- Ha delegado en nuestra presencia el derecho de autorizar el procedimiento o intervención propuesta.

_____	_____	_____	_____
Nombre de la persona a la que se delega	Firma o huella	Identificación	Fecha
_____	_____	_____	_____
Nombre del testigo 1	Firma o huella	Identificación	Fecha



_____ Nombre del testigo 2	_____ Firma o huella	_____ Identificación	_____ Fecha
-------------------------------	-------------------------	-------------------------	----------------

De requerirse practicar otros procedimientos no contemplados en este Consentimiento Informado, se deberán utilizar formularios adicionales, digitalizarlos e incorporarlos al Expediente de Salud mediante el Asistente EDUS.

Revocatoria: en caso de revocatoria del consentimiento (completar solo en caso necesario o bien, dejar en blanco)

He cambiado de opinión y ya no deseo realizarme el procedimiento o intervención que había autorizado.			
_____ Nombre del usuario o del representante (si procede)	_____ Firma o huella	_____ Identificación	_____ Fecha