



Consentimiento Informado para tratamiento y uso de aparatología en Odontología

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: son los procedimientos que otorga la Seguridad Social para el tratamiento oportuno, la rehabilitación, la atención del dolor cónico y otros debido a la pérdida de estructuras orales o maxilofaciales o cuando por enfermedades asociadas se determine la necesidad de utilizar aparatos para su tratamiento. En específico, puede ser aparatología para odontopediatría, ortopedia funcional, ortodoncia para cirugía ortognática, prótesis dentales, prótesis maxilofacial y trastornos temporomandibulares-dolor orofacial.

Objetivo y beneficios esperables: corregir la pérdida de la funcionalidad del sistema estomatognático, que son las estructuras de la boca y cara que permiten masticar, tragar, hablar y la expresión facial. Estos procedimientos modifican las estructuras a través de las fuerzas y el uso de aparatos removibles, fijos o mixtos, así como aparatos que reemplazan estructuras faltantes maxilofaciales del usuario.

Alternativas disponibles: no hay otro tratamiento disponible.

Consecuencias previsibles: dolor e incomodidad durante los primeros días de la colocación de los aparatos y posterior a cada cita de control, irritación y alergias a los materiales. No hay certeza de obtener todos los beneficios, por la dificultad de uso, una posible fractura o desprendimiento de algunos de sus componentes y el no cumplimiento de expectativas en el usuario.

Riesgos más frecuentes: cualquier procedimiento tiene riesgos. En este caso se podrían presentar: úlceras o "llagas" en la parte interna de la boca, dolor leve, dificultad para hablar, laceraciones en mucosa o tejidos circundantes, aumento en la dificultad de higiene y sus secuelas, inflamación de las encías y sensibilidad en los dientes, pigmentaciones o manchas en los dientes, alergias a los materiales de fabricación, así como irritación en la zona de colocación de los aparatos y efectos psicológicos transitorios.

Riesgos más graves: son menos frecuentes e incluyen: pérdida de dientes; tragar o broncoaspirar cuerpos extraños (por ejemplo, parte de un diente o del aparato, ganchos del aparato); movimientos indeseables de los dientes; dolor en la mandíbula, los dientes, los músculos, el oído y otros; pérdida de hueso y de la raíz de los dientes; reacciones anafilácticas; lesiones o laceraciones severas en tejidos blandos; muerte; entre otros.

Riesgos por su condición de salud: 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, en caso de ser necesario.

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 al procedimiento propuesto? Marque con X la alternativa que decida.	(SI)	(NO)
_____ Firma o huella del usuario	_____ Fecha	_____ Hora
_____ Firma o huella del representante	_____ 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

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	_____ Firma o huella	_____ Identificación	_____ Fecha