



Consentimiento Informado para uso de aditamentos de restricción física en Odontopediatría

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: en algunos procedimientos dentales que se hacen a niños o adolescentes, puede ser necesario, por seguridad del menor, sujetar con cuidado su cabeza, brazos, piernas o tronco para que no se mueva. Estas sujeciones pueden hacerse con la ayuda del personal de salud o usando dispositivos especiales diseñados para este fin. Esto permite que el procedimiento se realice de forma segura y correcta, y así evitar accidentes o lesiones. No se usan medicamentos para esto. Solo se aplica si otras formas para ayudar al menor a colaborar no funcionan. Siempre se hace pensando en su bienestar y seguridad.

Objetivo y beneficios esperables: realizar de forma segura los procedimientos propuestos a niños o adolescentes sanos o con alguna condición de discapacidad, tal como motora o sensorial.

Alternativas disponibles: este procedimiento se realizará después de agotar otras formas de manejar el comportamiento o por razones de seguridad del niño o adolescente, el equipo médico y los padres o encargados. Solo como último recurso se recurrirá a sedación o anestesia general en un nivel de atención II o III, donde exista la capacidad necesaria, en casos donde el comportamiento del paciente lo requiera y se necesite un abordaje más complejo.

Consecuencias previsibles: los primeros días después del tratamiento podrá notar sensibilidad en el diente, sobre todo si antes existía dolor o infección. En algunos casos el diente no responde como se espera, por lo que el dolor continúa. Cuando esto ocurre, podría ser necesario realizar otro tratamiento complementario.

Riesgos más frecuentes: cualquier procedimiento tiene riesgos. En este caso se podrían presentar: marcas de presión, laceraciones en piel, finalización anticipada del procedimiento por riesgo físico al operador y al usuario, desapego al tratamiento y laceraciones de mucosa.

Riesgos más graves: son menos frecuentes e incluyen: petequias (piel, mucosa, periorbitales), enfisema subcutáneo (por efecto de rotatorios), laceraciones severas por rotatorios, broncoaspiración, lesiones musculares y óseas, periodos prolongados de estrés y muerte por agravamiento de condiciones no diagnosticadas de salud. Si se presentara alguno de los casos mencionados, usted será estabilizado y atendido por el personal de la institución.

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. Durante la realización del procedimiento o tratamiento se pueden utilizar diversos mecanismos, instrumentos o materiales que pueden mejorar el tiempo y la calidad del tratamiento realizado.

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 la condición de salud de mi hijo(a) o representado(a) 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 que se realice el procedimiento o intervención que había autorizado.

Nombre del usuario o del representante	Firma o huella	Identificación	Fecha
--	----------------	----------------	-------