CONSENTIMIENTO INFORMADO ODONTOLOGÍA

(En cumplimiento de la ley 23 de 1981 y las guías Prácticas para la Seguridad del Paciente. Ministerio de la Protección Social de 2010)

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Centro de Atención: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por medio de la presente constancia, en pleno y uso de mis facultades mentales, Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado(a) con documento de identidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliado(a) en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, otorgo en forma libre consentimiento al Doctor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con Cedula de Ciudadanía:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para que en ejercicio legal de su profesión se me practique el procedimiento de operatoria así:

Diente (s) a tratar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ procedimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Diente (s) a tratar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ procedimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Diente (s) a tratar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_procedimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Diente (s) a tratar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ procedimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Diente (s) a tratar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ procedimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adicional se me ha informado y explicado lo siguiente:

1. La posibilidad de aplicación de anestesia local y sus posibles complicaciones: Parestesia y parecía, inflamación, hematoma.

2. Pueden surgir las siguientes complicaciones: Fractura del diente, en caries muy extensas tratamiento de conductos, sensibilidad, fracturas de obturaciones extensas.

He sido informado en forma clara a cerca de la naturaleza y propósito del tratamiento y de las sustancias o insumos involucrados, beneficios, complicaciones, efectos secundarios, riesgos previsibles, consecuencias, me han explicado que el tiempo estipulado de garantía para el procedimiento realizado es de seis meses, siempre y cuando cumpla las recomendaciones dadas por el profesional y asista a un control en un periodo de tres meses; resueltas todas las dudas e interrogantes que he formulado, y habiendo dado mi consentimiento informado, acuerdo por la presente liberar a la ESE Departamental Solución Salud, a sus empleados y cuerpo odontológico de alguna responsabilidad con respecto al permiso para este procedimiento odontológico y a los riesgos o resultados desfavorables inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión para dicho tratamiento.

NOTA: Cuando el paciente no tenga capacidad legal o mental para otorgar el conocimiento, las manifestaciones de lo contenido en el presente documento se entienden hechas por la persona responsable que lo representa.

**RECOMENDACIONES ODONTOLOGIA GENERAL**

• Si le realiza una obturación (amalgamas o resinas) no ingiera alimentos por lo menos una hora después de la visita al odontólogo.

• Si le realizaron una resina (obturación del color del diente) no consuma bebidas o alimentos de color oscuro (café, te, gaseosa) por lo menos hasta 24 horas después de realizada, ya que posiblemente se podría pigmentar la resina.

• Puede presentar sensibilidad los 3 primeros días de realizada su obturación, si persiste por favor acuda de nuevo a su odontólogo.

• Realice las recomendaciones que su odontólogo le asigno. No se automedique.

• Recuerde asistir a control odontológico cada 6 meses.

Otras recomendaciones:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Firma del paciente y/o Responsable del paciente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

c.c. de

Nombre y Firma del Odontólogo

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

c.c. de