CONSENTIMIENTO INFORMADO PERIODONCIA

(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 normal uso de mis facultades mentales, Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado(a) con documento de identidad número:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ expedido en la ciudad de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliado(a) en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Otorgo en forma libre mi consentimiento al Doctor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para que en ejercicio de su profesión se me practique el procedimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ O cirugía de periodoncia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en los diente(s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, y/o cuadrante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, adicionalmente se me ha informado y explicado lo siguiente:

1. Que pueden surgir complicaciones tales como:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Inflamación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Dolor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Hemorragia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Parestesia y parecía \_\_\_\_\_\_
5. Dehiscencia de puntos o colgajo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Necrosis del colgajo\_\_\_\_\_\_\_
 | 1. Rechazo de injerto\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Infección\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Halitosis\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Movilidad dental incrementada\_\_\_\_
5. Recesión Gingival\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Sensibilidad Dental\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |

La posibilidad de aplicación de anestesia local y sus posibles complicaciones: Parestesia y parecía, inflamación, hematoma, inflamación por infiltración de vasos sanguíneos, entre otros,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. He sido informado en forma clara a cerca de la naturaleza propósito del tratamiento y de las sustancia o insumos involucrados, beneficios, complicaciones, efectos secundarios, riesgos previsibles y consecuencias, se me han resuelto todas las dudas e interrogantes que formulado, y habiendo dado mi consentimiento informado, acuerdo por la presente liberar a la ESE DEPARTAMENTAL SOLUCION SALUD, a sus empleados y cuerpo odontológico de alguno responsabilidad con respecto al permiso para este procedimiento odontológico y de los riesgos o resultados desfavorables inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión para dicho tratamiento.

**Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad.**

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

**RECOMENDACIONES DESPUES DE UN TRATAMIENTO PERIODONTAL**

* Realice su higiene bucal común y corriente.
* Cepille sus dientes tres veces al día.
* Haga uso de la seda dental.
* Utilice un enjuague bucal.

**RECOMENDACIONES DESPUES DE UNA CIRUGÍA PERIODONTAL**

* No escupa ni se cubra con pañuelos o bufandas.
* No realice actividad física.
* Aplíquese hielo sobre la zona de la cirugía durante las primeras 24 horas post quirúrgicas a partir de ahí, inicie intermitente con calor húmedo teniendo cuidado de no quemarse, esto ayudara a disminuir la equimosis o morado si lo presenta.
* Realice su higiene bucal común y corriente, suavemente en el lugar de la cirugía teniendo en cuenta de no retirar los puntos o cementos quirúrgicos que se hayan dejado, si se llegan a caer por favor acuda de nuevo a su especialista.
* Si se presenta sangrado profuso o hemorragia, fiebre, inflamación persistente y excesiva o reacciones a los medicamentos por favor acuda de inmediato a su especialista.
* Duerma con dos almohadas evitando tener la cabeza demasiado inclinada y no se acueste por el lado en que se realizo la cirugía.
* En lo posible mantenga dieta líquida y/o blanda (no lácteos por 3 días) y recuerde mantener el aseo adecuado en su boca.
* Realice las recomendaciones de los enjuagues y aplique e ingiera los medicamentos que su especialista le asigno, NO se automedique.
* No fume ni consuma bebidas alcohólicas.
* Recuerde asistir a su control postquirúrgico de acuerdo a las indicaciones de su especialista.

**OtrasRecomendaciones:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Nombre y Firma del Paciente Nombre y Firma del Responsable del Paciente

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

C.C de C.C de

Nombre y Firma del Odontólogo

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

C.C. de