

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES Y DOLOR OROFACIAL**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: __/__/____

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su odontólogo tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su odontólogo, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse al procedimiento propuesto.

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

Los trastornos temporomandibulares (Disfunción) son alteraciones funcionales y dolorosas del sistema estomatognático sean de origen articular, muscular, neuropático, trastornos de sueño o del movimiento y que se deben tratar manejando adecuadamente el modelo de Eje I (alteración con base física) y Eje II (alteración con base psicosocial).

Se requiere una evaluación diagnóstica integral, que puede incluir radiografías intraorales y extraorales, tomografías de la articulación temporomandibular, resonancias magnéticas de la articulación temporomandibular, modelos de estudio, bloqueos anestésicos, derivaciones médicas y exámenes de sangre específicos para un plan de tratamiento adecuado.

Dependiendo de la severidad de la condición, la terapia indicada puede variar. La discreción en cuanto al método de tratamiento se debe dar al especialista en TTM DOF tratante. No existe un método único de tratamiento correcto o incorrecto. Incluso puede ser necesario derivaciones a especialistas en odontología o especialistas en neurología, otorrinolaringología y/o psiquiatría, esto puede no ser evidente hasta algún tiempo después en el curso del tratamiento. En la mayoría de los casos que involucran otra ayuda profesional, se debe considerar por su parte gastos adicionales durante el curso del tratamiento en caso de requerir derivaciones a otros especialistas.

Las distintas terapias utilizadas por el especialista en Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial buscan el alivio de dolor y recuperar la movilidad de la articulación. Además de proteger dientes y articulaciones por el bruxismo. Para un resultado favorable se requiere del compromiso del paciente a la asistencia de sus controles y seguir las instrucciones del especialista.

Dentro de las posibles complicaciones según la terapia utilizada se encuentra:

- Durante la infiltración de anestesia local en el punto gatillo del músculo: que consiste en que la aguja altera mecánicamente la integridad de la placa terminal disfuncional induciendo la normalidad de la función y la recuperación de la longitud de las fibras musculares. La administración de anestesia puede provocar en el punto de inyección, enrojecimiento, equimosis (moretones en la zona de punción), limitación transitoria del movimiento.
- La anestesia puede provocar, urticarias, dermatitis, asma, edema angioneurótico (asfixia), que en casos extremos puede requerir tratamiento urgente e inmediato.
- Después del procedimiento pueden aparecer o aumentar síntomas como dolor, hinchazón de la cara, etc., que generalmente se alivian con analgésicos y antiinflamatorios.
- Terapia con plano ortopédico: consiste en un dispositivo oclusal removible de material acrílico que son usados por el paciente durante un período de tiempo según lo prescrito por el especialista tratante. El propósito de este tipo de dispositivo es proteger la dentadura además de colocar la mandíbula en una posición cómoda previa a otro tipo de terapia. En caso de extravío y/o deterioro de la férula oclusal éstos serán a cargo del paciente, y deben ser cancelados antes de la reposición. Es importante seguir todas las instrucciones relacionadas con el tratamiento con férulas y ser examinado regularmente. El uso no supervisado de una férula puede causar el movimiento de dientes y un cambio en la mordida que puede ser perjudicial y puede requerir una reconstrucción extensa para corregirlo.
- Procedimientos de lavado articular e infiltración de medicamentos: La artrocentesis de la articulación temporomandibular (ATM) consiste en el lavado con suero fisiológico de la articulación temporomandibular. Cuyo propósito es la eliminación de sustancias que provocan dolor. Además, se puede indicar luego del lavado articular la infiltración articular de medicamentos. La artrocentesis puede traer complicaciones tales como anestesia facial transitoria, ptosis palpebral, hipersalivación, hematoma, cambios de mordida reversibles, hematomas (moretones), hinchazón temporal de tejidos periarticulares, parestesias faciales transitorias.

En caso de pérdida de sensibilidad o de fuerza muscular, alteraciones visuales u otros síntomas que interprete como anormales, debe consultar inmediatamente con su odontólogo tratante.

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO
(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO _____ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado**, declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre el tratamiento de **Trastornos Temporomandibulares y dolor Orofacial** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto. Entiendo que en caso que mi revocación se produzca una vez iniciado el tratamiento, éste podrá suspenderse sólo si ello no me perjudica y que serán de mi cargo los gastos en que se haya incurrido.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE EL TRATAMIENTO DE TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES Y DOLOR OROFACIA, por el Dr.(a)_____. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO**, en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Obtención de Consentimiento	FECHA firma del consentimiento: _____/_____/_____	HORA:
Fecha de realización del Procedimiento		
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		
Nombre, R.U.T. y Firma Paciente/ Representante Legal		

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____
 (Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)