

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
ODONTOPEDIATRÍA**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

<b>Nombre del Paciente</b>	
<b>R.U.T del Paciente</b>	

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 como tutor, debe decidir si desea o no que se realice el procedimiento propuesto.

**INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN**

El objetivo principal del tratamiento de Odontopediatría, es restablecer y mantener la salud bucal integral de niños y adolescentes. Entre los beneficios de dicho tratamiento está la restitución de la forma y función de los dientes, la estética, masticación y fonación adecuados. Para poder realizar cualquier tratamiento en un paciente pediátrico es indispensable contar con la colaboración del niño/a. El/la Odontopediatra es un profesional especializado en el trato y manejo de niños, pero en determinadas ocasiones, es posible que precise del uso de ciertos procedimientos que buscan controlar el comportamiento del niño/a para que el tratamiento pueda ser realizado con eficacia y seguridad. Se especifican claramente cuáles van a ser estas maniobras en caso de ser necesarias.

**Dentro de las posibles complicaciones que se pueden presentar están:**

- Dolor, inflamación, infección, fractura del remanente dentario por deterioro, pulpitis (inflamación del nervio), hematomas y hemorragias.
- El tratamiento pudiera requerir la aplicación de anestesia local, lo que provocará una sensación de adormecimiento del labio o de la cara del paciente, la cual desaparecerá al cabo de unas horas, durante el período de efecto anestésico, el paciente debe estar supervisado en todo momento para evitar que se lesione la zona de tejido blando anestesiada. También, que la administración de la anestesia podría producir ulceración y/o hematoma del tejido, dolor y, en raras ocasiones, pérdida de la sensibilidad en la boca o en la cara. En forma muy excepcional, puede provocar bajada de tensión y mareo.
- Es frecuente una mayor sensibilidad postoperatoria en el caso de dientes vitales, principalmente ante cambios de temperatura, que normalmente desaparecerá en forma espontánea.
- En el caso de lesiones de caries profundas en dientes temporales vitales, pueden producirse efectos adversos sobre la pulpa dentaria que podrían requerir tratamiento adicional (pulpotomía o pulpectomía). Como consecuencia de esto, pudiera ser necesario el cambio de indicación de tratamiento, los que serán de coste del paciente.

- Se recomienda al tutor del paciente que debe traer al paciente de vuelta a la consulta lo más pronto posible, si advierte signos de movilidad, dolor o alteraciones de la oclusión (mordida) del paciente, pues en ese caso será preciso ajustar la restauración, permitiendo aliviar el dolor e impedir la formación de una enfermedad periodontal y/o fractura del diente o restauración.

Para que estos procedimientos tengan el éxito que se espera, o en caso de que surja cualquier inconveniente éste pueda ser solucionado lo antes posible, es fundamental como tutor acudir a los controles que el Odontopediatra fije, con el fin de analizar la evolución del tratamiento y examinar el estado de salud oral del paciente. Además, es necesario recordar la importancia que la higiene oral y los correctos hábitos alimenticios tienen en el mantenimiento de una correcta salud bucodental.

### CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto su hijo (a) 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 los antecedentes, el paciente 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 procedimiento de **Odontopediatría** 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 el estado de salud de mi hijo (a), 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 perjudica el estado de salud de mi hijo (a) 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 REALICE A MI HIJO (A) EL PROCEDIMIENTO DE ODONTOPEDIATRÍA** 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	<b>FECHA</b> firma del consentimiento: ____/____/____	<b>HORA:</b>
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)