

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
OPERATORIA**

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, debe decidir si desea o no someterse al procedimiento propuesto.

**INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN**

El objetivo principal del tratamiento de Operatoria Dental es restaurar los tejidos dentarios duros dañados como consecuencia de caries, traumas o tratamientos previos, y proteger la pulpa/raíz, mediante materiales restauradores directos o indirectos, con la finalidad de mantener o restablecer, siempre que sea posible, la estética y función adecuada del diente.

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

- El tratamiento de Operatoria Dental puede requerir la administración de anestesia local, que consiste en proporcionar, mediante una inyección, sustancias que provocan un bloqueo reversible de los nervios de tal manera que se inhibe transitoriamente la sensibilidad con el fin de realizar el tratamiento sin dolor. La administración de la anestesia puede provocar, en el punto en el que se administre la inyección, ulceración de la mucosa y dolor, y menos frecuentemente, limitaciones en el movimiento de apertura de la boca, que pueden requerir tratamiento posterior. Comprendo que aunque de mis antecedentes personales no se deducen posibles alergias o hipersensibilidad al agente anestésico, la anestesia puede provocar urticarias, dermatitis, asma, edema angioneurótico (asfixia), que en casos extremos puede requerir tratamiento urgente e inmediato.
- 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 vitales, pueden producirse efectos adversos sobre la pulpa dentaria que podrían requerir tratamiento de endodoncia. Como consecuencia de esto, pudiera ser necesario el cambio de indicación de tratamiento restaurador, los que serán de coste del paciente.
- En el caso de lesiones de caries profundas en dientes vitales, en estas situaciones puede existir la posibilidad que se fracture parte del tejido dentario remanente, lo cual también puede llevar a un cambio de indicación de tratamiento.
- Ocasionalmente el diente puede requerir tratamientos adicionales, como procedimientos de cirugía bucal y endodoncia, que significan un costo adicional y riesgos anexos, sin embargo siempre tendré la oportunidad de decidir la continuidad del tratamiento.

- Riesgo de no responder a las expectativas estéticas de los pacientes: Es preciso tener claro que estas restauraciones, por sus materiales distintos a los tejidos dentarios, nunca podrán igualar la estética y función de los dientes naturales.

Se me ha recomendado que vuelva a la consulta lo más pronto posible, si advierto signos de movilidad, dolor o alteraciones de la oclusión (mordida), 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.

### 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 procedimiento de **Operatoria** 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 PROCEDIMIENTO DE OPERATORIA** 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)