

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS DENTALES ODONTOPEDIÁTRICOS

San Bartolo Coyotepec, Oaxaca, Oax., a _____ de _____ de _____

Nombre completo del paciente _____

Número de expediente _____ Sexo _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Meses _____ Días _____

Diagnostico pre operatorio _____

Tratamiento al que va ser sometido el menor de edad _____

Complicaciones posibles _____

Beneficios esperados del tratamiento _____

Tratamientos alternativos _____

Consecuencias de la no realización del tratamiento _____

Yo _____ de _____ de edad,

con domicilio en _____

como representante legal de _____

En pleno uso de mis facultades mentales y en calidad de familiar, responsable y/o representante legal del paciente, cuyo nombre y número de expediente se especifican arriba, por medio de la presente DECLARO:

1.- Que se me ha explicado y he comprendido cabalmente que es necesario que se le realice tratamiento dental a mi representado (a) y tengo conocimiento a través del cirujano dentista tratante de los diagnósticos que presenta, la naturaleza de la enfermedad y la evolución natural, objetivos del tratamiento propuesto, así como las alternativas del tratamiento que pueden ser practicadas, descripción de las consecuencias derivadas del tratamiento o intervención, beneficios y complicaciones comunes que se pueden desencadenar durante o después del mismo.

2.- Que me han informado a mi entera satisfacción de los procedimientos dentales a los que será sometido mi paciente.

3.- Estoy de acuerdo que el paciente sea sometido a anestesia local en caso que fuera necesario, sabiendo los riesgos que ello implica, delegando al odontólogo (a) la elección del tipo de anestesia.

4.- Me han informado que, para poder realizar cualquier tratamiento en un paciente pediátrico, es indispensable contar con la colaboración de niño (a) Comprendo que la odontopediatria es el área de la odontología especializada en el trato y manejo de niños, que se encarga de reestablecer la salud bucal integral, pero en determinadas ocasiones es posible que se 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 me han especificado claramente cuáles van a ser estas maniobras en caso de ser necesarias.

También me explicaron que por tranquilidad de mi niño (a) debo permanecer en la sala de espera hasta ser llamado nuevamente.

5.- Comprendo y entiendo que si no se realiza el tratamiento odontológico mi paciente podría sufrir cualquiera de los siguientes problemas: Enfermedad ósea, inflamación de las encías, infección, sensibilidad, movilidad de los dientes o pérdida de los mismos, así como dolor, inflamación, fractura del órgano dentario por deterioro, pulpitis, inflamación del nervio, hematomas y hemorragias (moretones-sangrado)

6.- Que conozco que todo procedimiento quirúrgico menor o mayor tiene el riesgo inherente de complicaciones locales o sistémicas que incluso pueden poner su vida en peligro y específicamente por tratarse de la patología de fondo relacionada al tratamiento a realizar.

7.- Comprendo que la odontología no es una ciencia exacta, por lo que los resultados están sujetos a múltiples factores.

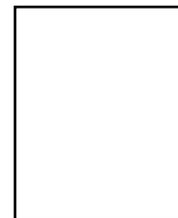
8.- He tenido información clara y suficiente, la oportunidad de preguntar y he obtenido respuestas satisfactorias.

9.- Me siento libre para decidir de acuerdo a mis valores e intereses y me declaro competente para tomar la decisión que corresponda, consciente que he sido informado (a) para aceptar el procedimiento, por lo que firmo bajo mi libre voluntad y en presencia de dos testigos, sin haber estado sujeto a ningún tipo de presión.

10.- Me comprometo a acudir a mis citas subsecuentes y a revisión médica ante cualquier duda o molestia.

Lo anterior con fundamento en el artículo 80 del reglamento de LA LEY GENERAL DE SALUD Y EN LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA2-2012 DEL EXPEDIENTE CLINICO Y LA NORMA OFICIAL MEXICANA 0013-SSA2-2015 PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES BUCALES.

Nombre y firma o huella del familiar o representante legal



Nombre y firma de testigo 1

Nombre y firma de testigo 2

DECLARATORIA MEDICA

He explicado el contenido de este documento y he respondido todas las preguntas del familiar, responsable y/o representante legal por lo que considero se encuentra debidamente informado del procedimiento a realizar y de sus posibles complicaciones.

Lo anterior con fundamento en el Artículo 80 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y en Norma Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2012** del Expediente Clínico.

Nombre completo, cedula profesional
Y firma del médico tratante

NEGACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente, NIEGO el consentimiento para que sean realizados los procedimientos dentales necesarios en mi representado, consciente que he sido informado (a) de las consecuencias que resulten de esta negativa.

Nombre completo y firma del familiar, tutor o representante legal