

CONSENTIMIENTO INFORMADO ODONTOPEDIATRIA

Lugar y fecha.....

Por la presente se hace saber a Usted que tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido el menor de edad y las complicaciones más frecuentes que ocurren. Este documento explica todas estas cuestiones, léalo atentamente y consulte todas las dudas que se le planteen. Le recordamos que por imperativo legal, tendrá que firmar, el representante legal, el consentimiento informado para que pueda realizarse dicho procedimiento. A propósito declaro haber sido informado y haber comprendido acabadamente el objetivo del tratamiento a realizar.

Yo,deedad, DNI,
domiciliado en
como representante legal deDNI:he sido in-
formado/a por el Dr. / Dra.M.P.....de los pro-
cedimientos propios clínicos en odontopediatría, que constan en el plan de tratamiento otorgando mi consentimiento para realizar las prácticas necesarias al caso clínico.

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

Se me ha explicado el diagnóstico, la naturaleza de la enfermedad que padece mi representado y su 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, riesgos personales y entendiendo que ante alguna manifestación de complicaciones deberé acudir nuevamente al profesional tratante de mi representado.

Queda explícito en el siguiente texto lo siguiente :

Diagnóstico.....
.....
.....
.....

Tratamiento al que va a ser sometido el menor de edad:
.....
.....
.....

Tratamientos alternativos:
.....
.....
.....

Riesgos y complicaciones esperados:

- Dolor
- Inflamación
- Infección
- Fractura del elemento dentario por deterioro
- Pulpitis (inflamación del nervio): determina que se le realice al paciente un tratamiento del nervio.
- Hematomas y hemorragias (sangrado - moretones)

Beneficios esperados del tratamiento:

Comprendo y entiendo que si no se realiza el tratamiento odontológico, podría sufrir cualquiera de los siguientes problemas: enfermedad ósea, inflamación de las encías, infección, sensibilidad, movilidad de los dientes seguida por la necesidad de realizar la extracción.

Consecuencias de la no realización del tratamiento:

Observaciones:

Comprendo que la Odontopediatria, es el área de la odontología que se encarga de restablecer la salud bucal integral de niños y adolescentes.

Comprendo que la odontología no es una ciencia exacta y por lo que los resultados está sujeto a múltiples factores. He tenido información clara y suficiente, la oportunidad de preguntar y he obtenido respuestas satisfactorias, me siento libre para decidir de acuerdo a mis valores e intereses y me declaro competente para tomar la decisión que corresponda. Asimismo doy fe que mi representado fue oído y/o dió su asentimiento a realizar el tratamiento.

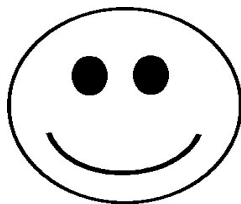
Por lo antes expuesto doy el consentimiento al Dr/Dra:

MP: a realizar el tratamiento antes expuesto al menor de edad o discapacitado

.....DNI:.....,

según lo antes expuesto.

Asentimiento: PIDO LO QUE QUIERO



Firma del paciente

SI QUIERO ATENDERME ☐

NO QUIERO ATENDERME ☐

Firma del representante legal:.....I

Aclaración:.....

DNI:.....

Firma y sello del Profesional