

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA BAJO CUIDADOS ANESTÉSICOS MONITOREADOS

Lugar y fecha.....

PACIENTE.....Edad.....Fecha Nacimiento.....

Responsable legal/ Tutor:.....DNI:.....Tel:.....

Por el presente se hace saber a Usted que tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes que pudieran ocurrir. Este documento explica estas cuestiones muy importantes, léalo atentamente y consulte todas las dudas que se le planteen.

La sedación consciente es una combinación de medicamentos para ayudarlo a relajarse (un sedante) y para bloquear el dolor (un anestésico) durante el procedimiento odontológico al que será sometido, bajo cuidados anestésicos monitorizados y realizado un médico anestesista matriculado. Usted verá reducida su actividad motora y refleja y mínimos cambios cardiovasculares. Puede permanecer dormido pero no inconsciente.

Anestesista actuante.....MP.....Póliza N.....

Motivo por el cual se realizará este tipo de intervención.....

Profesional Odontólogo que deriva al paciente:..... MP:.....

Farmacología a emplearse para la sedación.....

Profesional Médico cardiólogo que autorice la sedación consciente.....

Lugar a realizarse la intervención: Hospital Centro de salud Consultorio

Nombre de la Institución:

Diagnóstico odontológico.....

.....

.....
.....
.....

Tratamiento al que va a ser sometido el paciente:

.....
.....
.....
.....

Tratamientos alternativos:.....

.....
.....
.....

RIESGOS que pueden ocurrir durante la intervención

Generales/ a nivel sistémico

- La medicación aplicada en la nariz puede causar ardor durante pocos segundos.
- Náuseas y vómitos.
- Reacciones en la piel del anestésico, picor o erupciones.
- Sueño profundo que en ocasiones puede provocar problemas respiratorios, haciendo preciso el uso de oxígeno u otras ayudas para respirar, durante un período de tiempo.
- Hipertensión arterial, inestabilidad o shock cardiovascular.
- Reacciones alérgicas, o individuales inesperadas a los medicamentos utilizados que en ocasiones pueden ser graves y llegar a la muerte, o dejar secuelas neurológicas.
- Laringoespasma.
- Apnea.
- Broncoaspiración.
- Riesgos relacionados con circunstancias específicas del paciente.
- Cansancio pos intervención y/o somnolencia.
- Dolor de cabeza persistente.

Local /odontológico

- Molestias en las zonas tratadas por las intervenciones odontológicas, y o anestesia local efectuada.
- Tumefacción (hinchazón) facial, las cuales pueden persistir durante varios días.
- Infección y dolor.



- Trismus (limitación de la apertura de la boca), que usualmente dura algunos días pero puede persistir durante un período más prolongado.
- Fractura del elemento dentario y/o del hueso maxilar
- Hematomas o hemorragia (sangrado abundante).
- Contacto prematuro por operatoria alta (no se puede constatar oclusión).
- Pulpitis.
- Sensibilidad dentaria.
- Otras dependiendo del tratamiento odontológico realizado.

Consecuencias de la no realización del tratamiento:

.....
.....

Observaciones:

.....
.....

He tenido información clara y suficiente, la oportunidad de preguntar y he obtenido respuestas satisfactorias, de las ventajas e inconvenientes de la analgesia y sedación y de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento, me siento libre para decidir de acuerdo a mis valores e intereses y me declaro competente para tomar la decisión que corresponda. He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas. Asimismo doy fe que mi representado fue oído y/o dio su asentimiento a realizar el tratamiento.

Por lo antes expuesto doy el consentimiento al Odontólogo/a.....
.....MP.....a realizar el tratamiento antes expuesto.

El/la que suscribe..... DNI.....

Domicilio.....

Firma del paciente:.....

En caso que corresponda:

Nombre del representante legal/curador/acompañante.....

DNI.....Vínculo con el paciente.....

Firma del representante.....



Nombre del profesional odontólogo.....M.P:.....

Firma y Sello.....

Otro Profesional Interviniente.....MP.:.....

Firma y Sello.....