

### CONSENTIMIENTO INFORMADO ODONTOPEDIATRÍA

Yo \_\_\_\_\_, RUT \_\_\_\_\_, apoderado o representante del paciente \_\_\_\_\_, RUT \_\_\_\_\_ (en adelante el "Paciente"), comprendo que la *Odontopediatría* es una especialidad dental en la que se tratan de manera integral las patologías bucales de pacientes pediátricos. Dentro de los procedimientos que comúnmente se realizan, se incluyen: acciones de prevención (fluoraciones, sellantes, barnices, técnicas de higiene oral), radiografías intra o extraorales, endodoncias, acciones de ortodoncia (mantenedor de espacio), uso de anestésicos locales cuando corresponda exodoncias dentarias (extracciones), cavidades dentarias y obturaciones. Las obturaciones o tapaduras en deficiente o en mal estado pueden desalojarse durante el tratamiento de higiene, lo cual no depende del dentista tratante ni de la clínica. En dicho caso, la restauración de la tapadura desalojada tendrá un costo adicional.

Se hace presente que en pacientes pediátricos es usual no poder diagnosticar, ni por los síntomas ni por las radiografías, si el proceso infeccioso o inflamatorio de la caries alcanzó a afectar el nervio o pulpa dental. Así, sólo una vez finalizado el proceso de restauración es posible obtener claridad sobre el estado del nervio o pulpa dental. En caso de encontrarse afectado, será necesario realizar un tratamiento de conductos o endodoncia. Las endodoncias en piezas temporales presentan resultados variables e impredecibles que no dependen del profesional, pudiendo inclusive requerir la extracción de la pieza (lo cual tiene un costo adicional que será debidamente informado).

Declaro que se me ha explicado y he entendido el diagnóstico, la naturaleza de la enfermedad del Paciente y su evolución natural, las alternativas de tratamiento, sus objetivos, y las consecuencias derivadas del tratamiento o intervención (beneficios y complicaciones comunes que se pueden desencadenar durante o después del mismo). He podido formular preguntas que me han sido contestadas satisfactoriamente. Asimismo, declaro entender que, ante cualquier manifestación de complicaciones en el tratamiento del Paciente, deberé acudir nuevamente al profesional tratante.

Dejo constancia que he completado con información veraz la ficha clínica del Paciente, y el Paciente se ha realizado los exámenes clínicos solicitados. Comprendo que para la realización exitosa del tratamiento deberá cooperar asistiendo con puntualidad o avisando con tiempo si no es posible asistir; así como también, siguiendo las indicaciones que se me han dado, incluyendo los medicamentos prescritos de acuerdo a las instrucciones del dentista. Las fotografías o placas radiológicas o películas que se tomen serán para uso exclusivo de la patología y no serán reveladas a terceros ajenos al tratamiento sin el consentimiento del representante.

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Representante

\_\_\_\_\_  
Dr (a).