



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,de.....edad, DNI....., domiciliado en....., como representante legal deDNI:.....he sido informado/a por el Dr. / Dra.M.P.....de los procedimientos 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 Odontopediatría, 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 están 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 discapacitado

.....DNI:,según lo antes expuesto.

Asentimiento: PIDO LO QUE QUIERO



.....

Firma del paciente

SI QUIERO ATENDERME

NO QUIERO ATENDERME

Firma del representante legal.....

Aclaración:.....

DNI:.....



.....
Firma y sello del Profesional

ANEXO ODONTOPEDIATRIA

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| PACIENTE | Nº AFIL | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

O. Social: F.Nac.
 Nacionalidad..... DNI..... Tel.....
 Domicilio (calle, núm., barrio, localidad):.....
 Peso:.....Talla:.....Edad:.....años.....meses.....
 Grado escolar:
 Motivo de la consulta:
 Actitud del niño:
 Actitud de los padres:.....
 Médico actuante: Tel.:
 Domicilio: Centro Asistencial:.....

GENOGRAMA

cuándo?.....hasta qué edad?

Digital SI NO hasta qué edad?

Mamadera SI NO hasta qué edad?

Otros objetos SI NO cuáles?

Deglución atípica SI NO

Interposición lingual SI NO

EMBARAZO Normal SI NO

NACIMIENTO A término Prematuro Post-término

PARTO Normal Césarea Fórceps

ALIMENTACION DEL RECIEN NACIDO

Natural hasta cuando?.....

Artificial hasta cuando?.....

NUTRICION Y DIETA

Comienzo de la alimentación mixta:

Dieta actual del niño

Completa Incompleta por qué?.....

Momentos de azúcar.....

Qué tipo de azúcar consume?.....

ANTECEDENTES ODONTOLOGICOS

Tuvo experiencia odontológica previa? SI NO

Recibió información de medidas preventivas? SI NO Han seguido las instrucciones y medidas impartidas por su odontólogo? SI NO

Por qué?.....

Usa pasta dentífrica? SI NO cuál?.....

Cuántas veces se cepilla al día? 1 2 3 4

Usa otro elemento de higiene oral? SI NO cuál?.....

Recibió baño de flúor? SI NO frecuencia?.....

HABITOS

Succión: chupete SI NO

IRN (insuficiente respiración nasal) SI NO
 Fonación Correcta Incorrecta

EXAMEN BUCAL

TEJIDOS BLANDOS

LABIOS: Competentes:

.....
 Incompetentes:
 Lesiones:

FRENILLOS:Normal Anormal

MUCOSA: Lesiones:

TEJIDO GINGIVAL:

LENGUA: Normal

Macroglosia

Geográfica

.....
 Escrotal

.....
 Glositis

Observaciones:

.....

TEJIDOS DUROS

TIPO DE DENTICION: Primaria Mixta Permanente

Anomalías de Número

Supernumerarios

Agenesias

Anomalías de Tamaño

Macrodoncia

Microdoncia

Anomalías de la Estructura

Hipoplasia

Hipocalcificación

Pigment. Endógena

Pigment. Exógena

Anomalías de Forma

Dientes Fusionados

Dientes Germinados

















Dientes Conoides

Otros

LESIONES ADQUIRIDAS DE LOS TEJIDOS DUROS:

traumatismos dentarios SI NO cuál?.....

Temporarios

| Permanentes | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |

REFERENCIAS

ROJO: Trabajos realizados

AZUL: Trabajos a realizar

△ : SELLADOR

O : CORONAS

X : elemento a extraer, extraído
ausente

T : elemento traumatizado

DIAGNOSTICO*:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

* El diagnóstico incluye derivación a:

PLAN DE TRATAMIENTO PRESUNTIVO

.....

.....

.....

.....

Aparatología requerida.....

.....

Observaciones:

.....

.....

Firma del representante legal

.....

Aclaración

.....

DNI

.....

Firma y sello del Profesional