Se entiende por **PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO** todo procedimiento en la consulta odontológica en el cual los tejidos intraorales entran en contacto con el medio ambiente oral en la práctica de la odontología general.

Las posibles y las más frecuentes complicaciones durante o posterior al tratamiento son: sangrado, infección, inflamación, dolor, alteración de la sensibilidad y el movimiento, comunicación oroantral, daños a los dientes adyacentes, fracturas, dehiscencia de los puntos o del colgajo, necrosis del colgajo, mal aliento, movilidad dental incrementada, recesión gingival, sensibilidad dental.

Las complicaciones más comunes de la anestesia local son: la alteración de la sensibilidad y el movimiento, hematoma, dolor, lesión en la piel en el lugar de la infiltración, parálisis del velo del paladar, contractura muscular, afectación muscular y automordeduras.

Es necesario cumplir con las recomendaciones del profesional tratante para disminuir la posibilidad de presentar complicaciones.

Dentro de las normas éticas exigidas al equipo de salud, se encuentra el deber de informar adecuada y oportunamente a todos los pacientes de los riesgos derivados del procedimiento que se le practicará, solicitando su consentimiento previo.

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con documento (CC/TI) número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, expedida en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ certifico que he leído (o se me ha leído), conozco y entiendo el contenido del presente consentimiento, el cual pretende informar a usted acerca del procedimiento a realizar, conociendo el propósito, usos, beneficios y riesgos.

De esta manera autorizo me sea practicado el (los) procedimiento (s):

#Diente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Procedimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se me ha informado ampliamente el (los) procedimiento (s) a realizar, su justificación y las posibles complicaciones más frecuentes que puedan surgir durante o posterior al mismo. Por otra parte, autorizo la aplicación de la anestesia local en el momento en que el tratamiento odontológico lo requiera.

A si mismo fui informado de la importancia de cumplir con las recomendaciones que me han entregado.

Igualmente, manifiesto que se me ha explicado en un lenguaje claro y comprensible el procedimiento y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas, las cuales han sido respondidas de manera satisfactoria, lo anterior fue realizado por el personal de salud que me ha atendido. Por ello expreso que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos que se puedan presentar.

Fui informado (a) que el presente documento y todas las atenciones en salud que se me van a proporcionar están sometidas a reserva legal, lo que garantiza la confidencialidad de mis datos y que estos no se darán a conocer sin mi consentimiento, excepto cuando la ley lo autorice.

Fecha: Día\_\_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Año\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Entiendo que el procedimiento es voluntario y declaro que la decisión es libre, constatando que acepto la realización del procedimiento: SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_

Firma del estudiante. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documento de identidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre, Firma y sello del Odontólogo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aprobación: 09/02/2018