

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres  
"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"



## RESOLUCION DIRECTORAL

San Borja, 20 SET. 2018

### VISTO:

El Expediente Nº 18-020139-001 correspondiente a la aprobación de los formatos de Consentimiento Informado de la Especialidad de Odontología de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas, y;

### CONSIDERANDO:

Que, el Instituto Nacional de Salud del Niño-San Borja es un órgano desconcentrado especializado del Ministerio de Salud - MINSA, que según Manual de Operaciones, aprobado mediante Resolución Ministerial Nº 512-2014/MINSA, tiene como misión brindar atención altamente especializada en cirugía neonatal compleja, cardiología y cirugía cardiovascular, neurocirugía, atención integral al paciente quemado y trasplante de médula ósea y, simultáneamente realiza investigación y docencia, proponiendo el marco normativo de la atención sanitaria compleja a nivel nacional;

Que, el primer párrafo del artículo 4º de la Ley General de Salud - Ley Nº 26842, prescribe que ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo, siendo excepción de este requisito las intervenciones de emergencia;

Que, el artículo 1º de la Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud - Ley Nº 29414, dispone la modificación del artículo 15º de la Ley General de Salud - Ley Nº 26842, cuyo numeral 4 prescribe que toda persona tiene derecho a otorgar su consentimiento informado, libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicie su voluntad, para el procedimiento o tratamiento de salud debiendo su consentimiento constar por escrito cuando sea objeto de experimentación para la aplicación de medicamentos o tratamientos. El consentimiento informado debe constar por escrito que visibilice el proceso de información y decisión. Si la persona no supiere firmar, imprimirá su huella digital;

Que, el segundo párrafo del artículo 24º del Reglamento de la Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud - Ley Nº 29414, aprobado mediante Decreto Supremo Nº 027-2015-SA, prescribe que el médico tratante o el investigador, según corresponda, es el responsable de llevar a cabo el proceso de consentimiento informado, debiendo garantizar el derecho a la información y el derecho a la libertad de decisión de la persona usuaria;

Que, el literal a) del artículo 37º del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado mediante Decreto Supremo Nº 013-2006-SA, prescribe

que es función del Director Médico el planificar, organizar, dirigir y controlar la producción de los servicios de salud, asegurando la oportuna y eficiente prestación de los mismos;

Que, el numeral 4.1 del acápite IV de la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica – NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, define el concepto de Consentimiento Informado como aquella conformidad expresa del paciente o de su representante legal cuando el paciente está imposibilitado de hacerlo (por ejemplo: menores de edad, pacientes con discapacidad mental o estado de inconciencia, u otro), con respecto a una atención médica, quirúrgica o algún otro procedimiento; en forma libre, voluntaria y consciente, después que el médico o profesional de salud competente que realizará el procedimiento le ha informado de la naturaleza de la atención, incluyendo los riesgos reales y potenciales, efectos colaterales y efectos adversos, así como los beneficios, lo cual debe ser registrado y firmado en un documento, por el paciente o su representante legal y el profesional responsable de la atención;

Que, mediante Nota Informativa N° 0780-2018-SUAIEPEQ-INSNSB, la Jefatura del Departamento de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas remite a la Dirección Ejecutiva de la Unidad de Atención Integral Especializada, los formatos de Consentimiento Informado de ocho (08) procedimientos elaborados por la Especialidad de Odontología de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas;

Que, mediante Nota Informativa N° 530-2018-UAIE-INSNSB, la Dirección Ejecutiva de la Unidad de Atención Integral Especializada informa a la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad, de su opinión favorable respecto de los formatos de Consentimiento Informado de ocho (08) procedimientos elaborados por la Especialidad de Odontología de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas;

Que, mediante Nota Informativa N° 00755-2018-UGC-INSN-SB, la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad solicita a la Dirección General de la Entidad la aprobación de los formatos de Consentimiento Informado de ocho (08) procedimientos elaborados por la Especialidad de Odontología de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas;

Con el Visto bueno del Director Adjunto, del Director Ejecutivo de la Unidad de Atención Integral Especializada, de la Jefa de Oficina de la Unidad de Gestión de la Calidad; y, de la Jefa de Oficina de la Unidad de Asesoría Jurídica;

Estando a lo dispuesto en la Ley General de Salud – Ley N° 26842, la Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud – Ley N° 29414, su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 027-2015-SA, el Decreto Supremo N° 013-2006-SA y, la Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA;

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO 1°.- APROBAR** los formatos de Consentimiento Informado de ocho (08) procedimientos de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas, que como anexo adjunto forma parte del presente acto resolutivo, según se detalla a continuación:

- “Formato de Consentimiento Informado para la Realización del Procedimiento de Cirugía Ortognática”.
- “Formato de Consentimiento Informado para la Realización del Procedimiento de Ferulización Dentaria”.

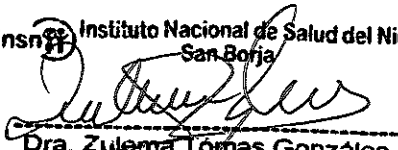
- "Formato de Consentimiento Informado para la Realización del Procedimiento de Exodoncia de Diente Retenido".
- "Formato de Consentimiento Informado para la Realización del Procedimiento de Injerto Óseo".
- "Formato de Consentimiento Informado para la Realización del Procedimiento de Frenectomía".
- "Formato de Consentimiento Informado para la Realización del Procedimiento de Gingivectomía".
- "Formato de Consentimiento Informado para la Realización del Procedimiento de Colocación de Dispositivo para Tracción Ortodóntica".
- "Formato de Consentimiento Informado para la Realización del Procedimiento de Tratamiento Quirúrgico de Traumatismo y/o Fractura Dentoalveolar".

**ARTÍCULO 2°.- ENCARGAR** a la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas, la implementación de los formatos de Consentimiento Informado de los ocho (08) procedimientos aprobados mediante el artículo 1° del presente acto resolutivo.

**ARTICULO 3°.- ENCARGAR** a la Unidad de Gestión de la Calidad, la evaluación y supervisión del uso de los formatos de Consentimiento Informado aprobados mediante el presente acto resolutivo.

**ARTÍCULO 4°.- DISPONER** la publicación de la presente Resolución en la página web de la Entidad, conforme a las normas de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

**REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE**

insn Instituto Nacional de Salud del Niño  
San Borja  
  
Dra. Zulema Tomás Gonzáles  
DIRECTORA GENERAL

EZTG/BSPB/ceps  
Cc.  
DA  
UAIE  
UGC  
UAI  
Archivo



PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO DE CIRUGÍA ORTOGNÁTICA

(DS.Nº027-2015-SA. Reglamento de la Ley Nº29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud. Ley General de Salud Nº 26842 .RD Nº...../2018/INSNSB )

### D7941 - D7945 - Procedimiento de Cirugía Ortognática

**Servicio:** Sub-Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas. Especialidad de Odontología – Cirugía Bucal y Máxilo Facial

**Diagnóstico** Trastorno del desarrollo de los maxilares

### **Descripción del Procedimiento**

La cirugía ortognática es un procedimiento quirúrgico que consiste en osteotomías correctoras (cortes de hueso), movilización de los segmentos óseos y fijación con material de osteosíntesis (placas y tornillo de titanio) como:

- ( ) OSTEOTOMIA MAXILAR SUPERIOR LE FORT
- ( ) OSTEOTOMÍA SAGITAL DE RAMA BILATERAL / UNILATERAL
- ( ) MENTOPLASTÍA
- ( ) OSTEOTOMIA SEGMENTARIA MAXILAR
- ( ) OSTEOTOMIA SEGMENTARIA MANDIBUAR
- ( ) OSTEOSÍNTESIS CON MINIPLACAS Y TORNILLOS DE TITANIO

### **Objetivos del Procedimiento**

El objetivo del tratamiento quirúrgico es restablecer la función masticatoria, salud articular, periodontal y armonía facial en tercio medio e inferior

### **Beneficios Esperados**

Proporcionar una adecuada mordida y relación de los maxilares con el cráneo.

### **Riesgos o Complicaciones Frecuentes**

Sangrado, Infección, Dehiscencia de herida operatoria, daño a piezas dentarias adyacentes.

### **Riesgos o Complicaciones poco Frecuentes**

Broncoespasmo, Desequilibrio hidroelectrolítico, Tromboembolia, Paro Cardio-respiratorio, Desorden cerebro vascular, Muerte

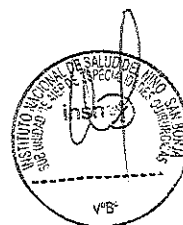
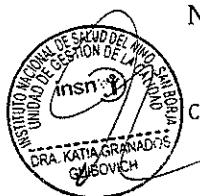
### **Consecuencias previsibles de la NO realización del procedimiento y/o intervención quirúrgica**

Persistencia de la deformidad dentofacial y dolor a nivel de la articulación témporo mandibular.

### **Describir posibilidad de Tratamiento Alternativo**

No Hay Tratamiento Alternativo

Consentimiento Informado Procedimiento de Cirugía Ortognática. INSNSB.





PERÚ Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja



### Riesgos en Función de las Particularidades del Paciente

Granuloma, cicatriz queiloide, recurrencia, lesión del nervio infraorbitario, dentario inferior, mentoniano y submandibular.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Malo ( ) Reservado ( )

### Recomendaciones/Observaciones:

Limpieza diaria y posterior a la ingesta de alimentos.

Cumplir con citas en forma ambulatoria por consulta externa.

### DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

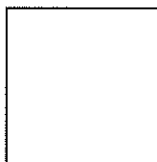
Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI ( ), C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ), Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_ de edad, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, Historia Clínica N° \_\_\_\_\_, con el Diagnóstico: \_\_\_\_\_

#### Declaro:

Que el Cirujano Dentista \_\_\_\_\_ con CMP N° \_\_\_\_\_, y con RNE N° \_\_\_\_\_ de la especialidad de cirugía bucal y máxilo facial, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización del: **Procedimiento de Tratamiento quirúrgico de cirugía ortognática**, sobre el cual he sido informado. Así mismo he comprendido los beneficios, probables riesgos o complicaciones del mismo.

Por lo tanto con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:

**Doy mi Consentimiento para el Procedimiento de cirugía ortognática.**



Huella Digital

San Borja, ..... de ..... del 20.....

Firma del Representante Legal

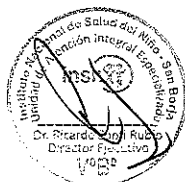
Nombre \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_

Firma del Cirujano Dentista Responsable

COP N° \_\_\_\_\_

RNE N° \_\_\_\_\_

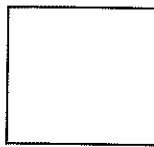




PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja**REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO**

Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI ( ), C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ), Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_ de edad, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, Historia Clínica N° \_\_\_\_\_, de forma libre y consciente he decidido **Revocar el Consentimiento** firmado en fecha \_\_\_\_\_ para la realización de \_\_\_\_\_ y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida de mi representado.



Huella Digital

San Borja, ..... de .....del 20.....

Firma del Representante Legal

Nombre \_\_\_\_\_

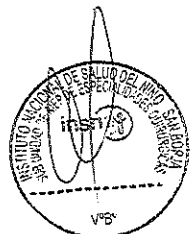
DNI N° \_\_\_\_\_

Firma del Cirujano Dentista Responsable

COP N° \_\_\_\_\_

RNE N° \_\_\_\_\_

Consentimiento Informado Procedimiento de Cirugía Ortognática. INSNSB.





## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO DE FERULIZACIÓN DENTARIA

(DS.N°027-2015-SA. Reglamento de la Ley N°29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud. Ley General de Salud N° 26842 .RD N° ...../2018/INSNSB )

### D7671 - Procedimiento de Ferulización Dentaria

**Servicio:** Sub-Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas. Especialidad de Odontología – Cirugía Bucal y Máxilo Facial.

**Diagnóstico** Traumatismo y/o fractura dentoalveolar

### **Descripción del Procedimiento**

La ferulización dentaria es un procedimiento quirúrgico que consiste en la estabilización de piezas en la arcada dentaria mediante el uso de alambre y/o resinas

### **Objetivos del Procedimiento**

Estabilizar las piezas dentarias y permitir la fijación de las mismas en su alveolo post traumatismo, por enfermedad periodontal o pre quirúrgico en los casos de fisuras alveolares bilaterales con movilidad de pre maxilar.

### **Beneficios Esperados**

Restauración de la anatomía del reborde dentoalveolar maxilar y/o mandibular y fijación las piezas dentarias.

### **Riesgos o Complicaciones Frecuentes**

Sangrado, infección, dehiscencia de herida operatoria, daño a piezas dentarias adyacentes, necrosis pulpar.

### **Riesgos o Complicaciones poco Frecuentes**

Broncoespasmo, Desequilibrio hidroelectrolítico, Tromboembolia, Paro Cardio Respiratorio, Desorden cerebro vascular, Muerte.

### **Consecuencias previsibles de la NO realización del procedimiento y/o intervención quirúrgica**

Necrosis pulpar, pérdida de piezas dentarias, mal oclusión, infección, pseudoartrosis, infección.

### **Describir posibilidad de Tratamiento Alternativo**

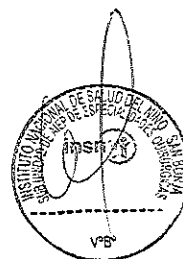
Exodoncia de piezas involucradas y alveolotomía correctora

### **Riesgos en Función de las Particularidades del Paciente**

Granuloma, cicatriz queloide, recurrencia, fístula, dolor, dificultad al deglutir.



Consentimiento informado Procedimiento de Ferulización Dentaria. INSNSB.





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja

**Pronóstico:** Bueno ( ) Malo ( ) Reservado ( )

**Recomendaciones/Observaciones:**

Limpieza diaria y posterior a la ingesta de alimentos.

Cumplir con citas en forma ambulatoria por consulta externa

**DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

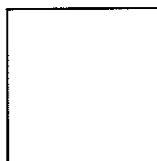
Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con  
DNI ( ), C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ),  
Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_, con  
\_\_\_\_\_ de edad, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, Historia Clínica  
N° \_\_\_\_\_, con el Diagnóstico: \_\_\_\_\_

**Declaro:**

Que el Cirujano Dentista \_\_\_\_\_ con CMP N° \_\_\_\_\_, y con  
RNE N° \_\_\_\_\_ de la especialidad de cirugía bucal y máxilo facial, me ha explicado que es  
conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización del: **Procedimiento  
de Ferulización Dentaria**, sobre el cual he sido informado. Así mismo he comprendido los  
beneficios, probables riesgos o complicaciones del mismo.

Por lo tanto con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:

**Doy mi Consentimiento para el Procedimiento de Ferulización Dentaria.**



Huella Digital

San Borja, ..... de ..... del 20.....

Firma del Representante Legal

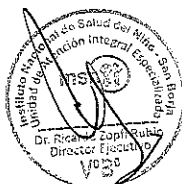
Nombre \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_

Firma del Cirujano Dentista Responsable

COP N° \_\_\_\_\_

RNE N° \_\_\_\_\_







PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja



### REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con  
DNI ( ), C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ),  
Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_  
de edad, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, Historia Clínica N° \_\_\_\_\_, de forma  
libre y consciente he decidido **Revocar el Consentimiento** firmado en fecha \_\_\_\_\_ para  
la realización de \_\_\_\_\_ y asumo las consecuencias que de ello  
puedan derivarse para la salud o la vida de mi representado.



Huella Digital

San Borja, ..... de ..... del 20.....

Firma del Representante Legal

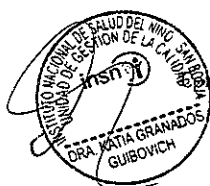
Nombre \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_

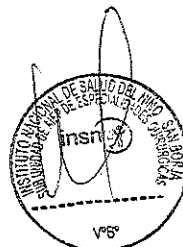
Firma del Cirujano Dentista Responsable

COP N° \_\_\_\_\_

RNE N° \_\_\_\_\_



Consentimiento informado Procedimiento de Ferulización Dentaria. INSNSB.





## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO DE EXODONCIA DE DIENTE RETENIDO

(DS.N°027-2015-SA. Reglamento de la Ley N°29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud. Ley General de Salud N° 26842 .RD N°...../2018/INSNSB )

### **D7241 - Procedimiento de Exodoncia de Diente Retenido**

**Servicio:** Sub-Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas. Especialidad de Odontología – Cirugía Bucal y Máxilo Facial

**Diagnóstico** Diente retenido

### **Descripción del Procedimiento**

El Procedimiento de exodoncia de diente retenido, es un procedimiento quirúrgico que consiste en la remoción de un diente retenido o diente supernumerario en mala posición o ubicación desfavorable

### **Objetivos del Procedimiento**

El objetivo del tratamiento quirúrgico es retirar la pieza dentaria en mala posición (presente en cavidad oral o intraósea) para evitar problemas infecciosos, periodontales, mal oclusión, pérdida prematura de piezas dentarias y hueso, bajo anestesia local ( ) o general ( ).

### **Beneficios Esperados**

Retirar la pieza dentaria retenida o supernumeraria (adicional).

### **Riesgos o Complicaciones Frecuentes**

Sangrado, Infección, Dehiscencia de herida operatoria, daño a piezas dentarias adyacentes en relación a pieza dentaria retenida.

### **Riesgos o Complicaciones poco Frecuentes**

Broncoespasmo, Desequilibrio hidroelectrolítico, Tromboembolia, Paro Cardio Respiratorio, Desorden cerebro vascular, Muerte.

### **Consecuencias previsibles de la NO realización del procedimiento y/o intervención quirúrgica**

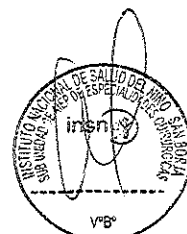
Formación de quistes con daño a piezas dentarias adyacentes y compromiso de estructuras cercanas, pérdida de soporte óseo.

### **Describir posibilidad de Tratamiento Alternativo**

No hay Tratamiento Alternativo.

### **Riesgos en Función de las Particularidades del Paciente:**

Consentimiento Informado Procedimiento de Exodoncia Diente retenido. INSNSB.





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja

Granuloma, Cicatriz queloide, Parestesia temporal o permanente, Parálisis facial, enfisema subcutáneo.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Malo ( ) Reservado ( )

**Recomendaciones/Observaciones:**

Limpieza diaria y posterior a la ingesta de alimentos.

Cumplir con citas en forma ambulatoria por consulta externa

**DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI ( ), C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ), Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_ de edad, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, Historia Clínica N° \_\_\_\_\_, con el Diagnóstico: \_\_\_\_\_

**Declaro:**

Que el Cirujano Dentista \_\_\_\_\_ con CMP N° \_\_\_\_\_, y con RNE N° \_\_\_\_\_ de la especialidad de cirugía bucal y máxilo facial, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización del: **Procedimiento de Exodoncia de diente retenido**, sobre el cual he sido informado. Así mismo he comprendido los beneficios, probables riesgos o complicaciones del mismo.

Por lo tanto con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:  
**Doy mi Consentimiento para el Procedimiento de Exodoncia de diente retenido.**



San Borja, ..... de ..... del 20.....

Huella Digital

Firma del Representante Legal

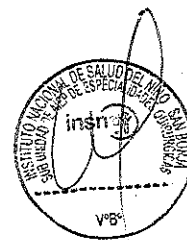
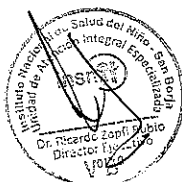
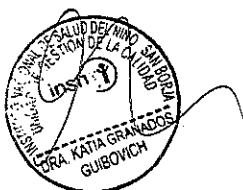
Nombre \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_

Firma del Cirujano Dentista Responsable

COP N° \_\_\_\_\_

RNE N° \_\_\_\_\_





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja

### REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI ( ), C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ), Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_ de edad, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, Historia Clínica N° \_\_\_\_\_, de forma libre y consciente he decidido **Revocar el Consentimiento** firmado en fecha \_\_\_\_\_ para la realización de \_\_\_\_\_ y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida de mi representado.



Huella Digital

San Borja, ..... de .....del 20.....

Firma del Representante Legal

Nombre \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_

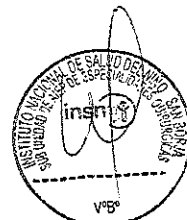
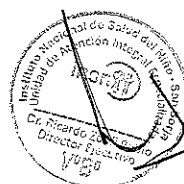
Firma del Cirujano Dentista Responsable

COP N° \_\_\_\_\_

RNE N° \_\_\_\_\_



Consentimiento Informado Procedimiento de Exodoncia Diente retenido. INSNSB.





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto Nacional de Salud  
del Niño – San Borja



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO DE INJERTO ÓSEO

(DS.N°027-2015-SA. Reglamento de la Ley N°29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud. Ley General de Salud N° 26842 .RD N° ...../2018/INSNSB )

### D7953 - Procedimiento de Injerto Óseo

**Servicio:** Sub-Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas. Especialidad de Odontología – Cirugía Bucal y Máxilo Facial.

**Diagnóstico** Fisura alveolar

### **Descripción del Procedimiento**

El injerto óseo es un procedimiento quirúrgico que consiste en la colocación de hueso autólogo y/o heterólogo en algunos casos con necesidad de membrana, para cierre de fisuras alveolares y reconstrucción de rebordes alveolares atrésicos post exodoncias de larga data o pérdida prematura de piezas dentarias post traumatismo e infecciones.

### **Objetivos del Procedimiento**

Proporcionar tejido óseo adecuado brindando continuidad de y estabilización del reborde alveolar, permitir la tracción de piezas dentarias y/o posibilidad de colocación de implantes óseo integrados a futuro para una congruencia adecuada de arcadas dentarias.

### **Beneficios Esperados**

Cierre de la fisura o fístula alveolar

Relleno del defecto óseo con hueso del propio paciente.

### **Riesgos o Complicaciones Frecuentes**

Sangrado, Infección, Dehiscencia de herida operatoria, daño a piezas dentarias adyacentes, pérdida parcial o total del injerto según el caso.

### **Riesgos o Complicaciones poco Frecuentes**

Broncoespasmo, Desequilibrio hidroelectrolítico, Tromboembolia, Paro Cardio-respiratorio, Desorden cerebro vascular, Muerte.

### **Consecuencias previsibles de la NO realización del procedimiento y/o intervención quirúrgica**

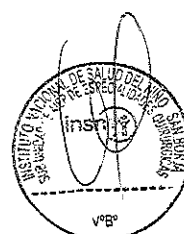
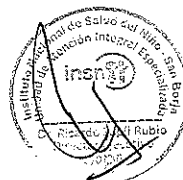
Progresión de cuadro clínico y persistencia del defecto mucoso y óseo.

### **Describir posibilidad de Tratamiento Alternativo**

No Hay Tratamiento Alternativo.



Consentimiento Informado Procedimiento de Injerto óseo. INSNSB.





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto Nacional de Salud  
del Niño – San Borja



### Riesgos en Función de las Particularidades del Paciente

Granuloma, cicatriz queloide, reabsorción, fístula en el área receptora.

Granuloma, cicatriz queloide, dolor en el área donadora.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Malo ( ) Reservado ( )

### Recomendaciones/Observaciones:

Limpieza diaria y posterior a la ingesta de alimentos.

Cumplir con citas en forma ambulatoria por consulta externa.

### DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

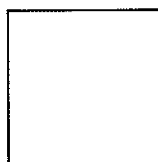
Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con  
DNI ( ), C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ),  
Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_, con  
\_\_\_\_\_ de edad, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, Historia Clínica  
N° \_\_\_\_\_, con el Diagnóstico: \_\_\_\_\_

### Declaro:

Que el Cirujano Dentista \_\_\_\_\_ con CMP N° \_\_\_\_\_, y con  
RNE N° \_\_\_\_\_ de la especialidad de cirugía bucal y máxilo facial, me ha explicado que es  
conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización del: **Procedimiento  
de injerto óseo**, sobre el cual he sido informado. Así mismo he comprendido los beneficios,  
probables riesgos o complicaciones del mismo.

Por lo tanto con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:

**Doy mi Consentimiento para el Procedimiento de injerto óseo.**



Huella Digital

San Borja, ..... de ..... del 20.....

Firma del Representante Legal

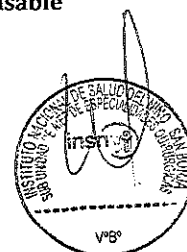
Nombre \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_

Firma del Cirujano Dentista Responsable

COP N° \_\_\_\_\_

RNE N° \_\_\_\_\_





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja



### REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con  
DNI ( ), C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ),  
Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_  
de edad, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, Historia Clínica N° \_\_\_\_\_, de forma  
libre y consciente he decidido **Revocar el Consentimiento** firmado en fecha \_\_\_\_\_ para  
la realización de \_\_\_\_\_ y asumo las consecuencias que de ello  
puedan derivarse para la salud o la vida de mi representado.



Huella Digital

San Borja, ..... de ..... del 20.....

Firma del Representante Legal

Nombre \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_

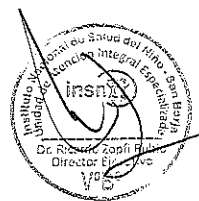
Firma del Cirujano Dentista Responsable

COP N° \_\_\_\_\_

RNE N° \_\_\_\_\_



Consentimiento Informado Procedimiento de Injerto óseo. INSNB.





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto Nacional de Salud  
del Niño – San Borja

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO FRENECTOMÍA

(DS.N°027-2015-SA. Reglamento de la Ley N°29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud. Ley General de Salud N° 26842 .RD N°...../2018/INSNSB )

### **D7960 - Procedimiento de Frenectomía**

**Servicio:** Sub-Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas. Especialidad de Odontología – Cirugía Bucal y Máxilo Facial.

**Diagnóstico** Anquiloglosia

### **Descripción del Procedimiento**

Frenectomía es un procedimiento quirúrgico que consiste en la liberación del frenillo lingual y/o labial.

### **Objetivos del Procedimiento**

El objetivo del tratamiento quirúrgico de frenectomía es la liberación de la inserción lingual que suele dificultar la deglución y el habla, en el caso del frenillo labial suele crear diastemas en el sector antero superior.

### **Beneficios Esperados**

Liberación de la membrana lingual al piso de la boca.

### **Riesgos o Complicaciones Frecuentes**

Sangrado, Infección, Dehiscencia de herida operatoria.

### **Riesgos o Complicaciones poco Frecuentes**

Broncoespasmo, Desequilibrio hidroelectrolítico, Tromboembolia, Paro Cardio-respiratorio, Desorden cerebro vascular, Muerte.

### **Consecuencias previsibles de la NO realización del procedimiento y/o intervención quirúrgica**

Persistencia del frenillo lingual y deficiencia para la fonación de consonantes linguales.

### **Describir posibilidad de Tratamiento Alternativo**

No Hay Tratamiento Alternativo.

### **Riesgos en Función de las Particularidades del Paciente**

Granuloma, cicatriz queloide, dificultad respiratoria, dificultad al deglutir.



Consentimiento Informado de Procedimiento de Frenectomía. INSNSB.







PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto Nacional de Salud  
del Niño – San Borja

**Pronóstico:** Bueno ( ) Malo ( ) Reservado ( )

**Recomendaciones/Observaciones:**

Limpieza diaria y posterior a la ingesta de alimentos.

Cumplir con citas en forma ambulatoria por consulta externa

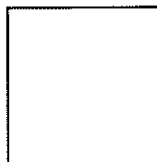
**DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI ( ), C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ), Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_ de edad, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, Historia Clínica N° \_\_\_\_\_, con el Diagnóstico: \_\_\_\_\_

**Declaro:**

Que el Cirujano Dentista \_\_\_\_\_ con CMP N° \_\_\_\_\_, y con RNE N° \_\_\_\_\_ de la especialidad de cirugía bucal y máxilo facial, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización del: **Procedimiento de Frenectomía**, sobre el cual he sido informado. Así mismo he comprendido los beneficios, probables riesgos o complicaciones del mismo.

Por lo tanto con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:  
**Doy mi Consentimiento para el Procedimiento de Frenectomía.**



Huella Digital

San Borja, ..... de ..... del 20.....

Firma del Representante Legal

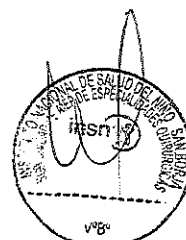
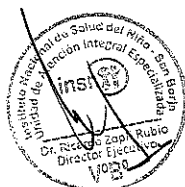
Nombre \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_

Firma del Cirujano Dentista Responsable

COP N° \_\_\_\_\_

RNE N° \_\_\_\_\_





PERÚ

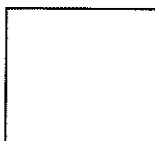
Ministerio  
de Salud

Instituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja



### REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con  
DNI ( ), C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ),  
Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_  
de edad, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, Historia Clínica N° \_\_\_\_\_, de forma  
libre y consciente he decidido **Revocar el Consentimiento** firmado en fecha \_\_\_\_\_ para  
la realización de \_\_\_\_\_ y asumo las consecuencias que de ello  
puedan derivarse para la salud o la vida de mi representado.



Huella Digital

San Borja, ..... de .....del 20.....

Firma del Representante Legal

Nombre \_\_\_\_\_

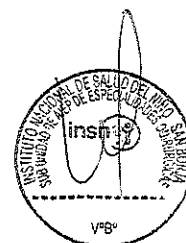
DNI N° \_\_\_\_\_

Firma del Cirujano Dentista Responsable

COP N° \_\_\_\_\_

RNE N° \_\_\_\_\_

Consentimiento Informado de Procedimiento de Frenectomía. INSNSR.





## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO DE GINGIVECTOMIA

(DS.N°027-2015-SA. Reglamento de la Ley N°29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarías de los Servicios de Salud. Ley General de Salud N° 26842 .RD N°...../2018/INSNSB )

### D7970 - Procedimiento de Gingivectomía

**Servicio:** Sub-Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas. Especialidad de Odontología – Cirugía Bucal y Máxilo Facial.

**Diagnóstico:** Hiperplasia gingival

#### **Descripción del Procedimiento:**

La gingivectomía es un procedimiento quirúrgico que se realiza bajo anestesia: local ( ) o general ( ) que consiste en la extirpación del tejido gingival excedente o hiperplásico circundante a piezas dentarias.

#### **Objetivos del Procedimiento:**

El objetivo del tratamiento quirúrgico es la eliminación de bolsas periodontales y acumulo de placa calcificada.

#### **Beneficios Esperados:**

Exposición adecuada de las piezas dentarias.

#### **Riesgos o Complicaciones Frecuentes:**

Sangrado, infección, dehiscencia de herida operatoria, daño a piezas dentarias adyacentes, retracción gingival.

#### **Riesgos o Complicaciones poco Frecuentes:**

Broncoespasmo, Desequilibrio hidroelectrolítico, Tromboembolia, Paro Cardio-respiratorio, Desorden cerebro vascular, Muerte.

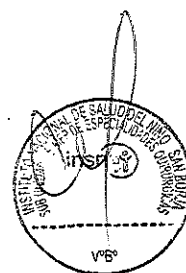
#### **Consecuencias previsibles de la NO realización del procedimiento y/o intervención quirúrgica:**

Progresión del cuadro clínico y pérdida del soporte óseo en piezas dentarias involucradas.

#### **Describir posibilidad de Tratamiento Alternativo:**

No Hay Tratamiento Alternativo.

Consentimiento Informado Procedimiento de gingivectomía. INSNSB.





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto Nacional de Salud  
del Niño – San Borja



### Riesgos en Función de las Particularidades del Paciente:

Granuloma, cicatriz queloide, recurrencia, fístula.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Malo ( ) Reservado ( )

### Recomendaciones/Observaciones:

Limpieza diaria y posterior a la ingesta de alimentos.

Cumplir con citas en forma ambulatoria por consulta externa.

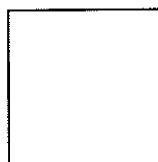
### DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con  
DNI ( ), C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ),  
Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_, con  
\_\_\_\_\_ de edad, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, Historia Clínica  
N° \_\_\_\_\_, con el Diagnóstico: \_\_\_\_\_

### Declaro:

Que el Cirujano Dentista \_\_\_\_\_ con CMP N° \_\_\_\_\_, y con  
RNE N° \_\_\_\_\_ de la especialidad de cirugía bucal y máxilo facial, me ha explicado que es  
conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización del: **Procedimiento  
de gingivectomía**, sobre el cual he sido informado. Así mismo he comprendido los beneficios,  
probables riesgos o complicaciones del mismo.

Por lo tanto con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:  
**Doy mi Consentimiento para el Procedimiento de gingivectomía.**



Huella Digital

San Borja, ..... de ..... del 20 .....

Firma del Representante Legal

Nombre \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_

Firma del Cirujano Dentista Responsable

COP N° \_\_\_\_\_

RNE N° \_\_\_\_\_

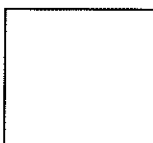




PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja**REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO**

Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con  
DNI ( ), C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ),  
Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_  
de edad, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, Historia Clínica N° \_\_\_\_\_, de forma  
libre y consciente he decidido **Revocar el Consentimiento** firmado en fecha \_\_\_\_\_ para  
la realización de \_\_\_\_\_ y asumo las consecuencias que de ello  
puedan derivarse para la salud o la vida de mi representado.



Huella Digital

San Borja, ..... de ..... del 20.....

Firma del Representante Legal

Nombre \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_

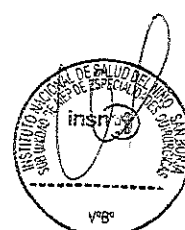
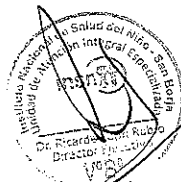
Firma del Cirujano Dentista Responsable

COP N° \_\_\_\_\_

RNE N° \_\_\_\_\_



Consentimiento Informado Procedimiento de gingivectomía. INSNSB.





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto Nacional de Salud  
del Niño – San Borja

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO DE COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO PARA TRACCION ORTODONTICA

(DS.N°027-2015-SA. Reglamento de la Ley N°29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud. Ley General de Salud N° 26842 .RD N°...../2018/INSNSB )

### **D7283 - Procedimiento de Colocación de dispositivo para tracción ortodóntica**

**Servicio:** Sub-Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas. Especialidad de Odontología – Cirugía Bucal y Máxilo Facial

**Diagnóstico:** Diente retenido.

#### **Descripción del Procedimiento**

Diente que no ha erupcionado y se encuentra dentro del hueso; el procedimiento consiste en la colocación de un dispositivo (botón) metálico para traccionar o jalar el diente retenido.

**COLOCACION DE DISPOSITIVO PARA TRACCION ORTODONTICA** es un procedimiento quirúrgico realizado bajo anestesia local ( ) o general ( ) que consiste en la:

- ( ) COLOCACION DE UN BOTON ADHESIVO EN PIEZA DENTARIA RETENIDA
- ( ) LAZADO ALAMBRICO EN PIEZA DENTARIA RETENIDA
- ( ) COLOCACION DE MICROTORNILLO PERCUTANEO
- ( ) COLOCACION DE SISTEMA DE ANCLAJE OSEO

#### **Objetivos del Procedimiento**

El objetivo del tratamiento quirúrgico es colocar un dispositivo adhesivo o no, en la pieza dentaria retenida que permita dirigirla hacia cavidad oral o en su defecto colocar un dispositivo de anclaje óseo que facilite el tratamiento ortopédico y ortodóntico, para solucionar los problemas de mal oclusión dentaria y esquelética.

#### **Beneficios Esperados**

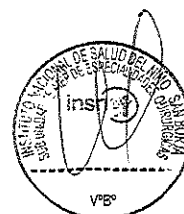
Colocación del diente retenido en el lugar anatómico correcto, para lograr la oclusión o mordida adecuada.

#### **Riesgos o Complicaciones Frecuentes**

Sangrado, Infección, Dehiscencia de herida operatoria, daño a piezas dentarias adyacentes en relación a pieza dentaria retenida.



Consentimiento Informado Procedimiento de Colocación de dispositivo para tracción Ortodóntica. INSNSB.





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto Nacional de Salud  
del Niño – San Borja



### Riesgos o Complicaciones poco Frecuentes

Broncoespasmo, Desequilibrio hidroelectrolítico, Tromboembolia, Paro Cardio-Respiratorio, Desorden cerebro vascular, Muerte.

### Consecuencias previsibles de la NO realización del procedimiento y/o intervención quirúrgica

Formación de quistes con daño a piezas dentarias adyacentes y compromiso de estructuras cercanas, pérdida de soporte óseo.

### Describir posibilidad de Tratamiento Alternativo

Retiro del diente retenido o dejarlo en su ubicación.

### Riesgos en Función de las Particularidades del Paciente

Granuloma, Cicatriz queloides, Parestesia temporal o permanente, Parálisis facial, enfisema subcutáneo

**Pronóstico:** Bueno ( ) Malo ( ) Reservado ( )

### Recomendaciones/Observaciones:

Limpieza diaria y posterior a la ingesta de alimentos.

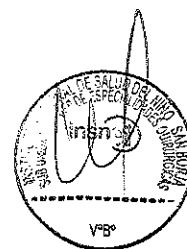
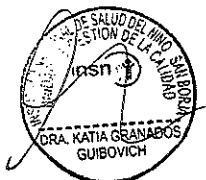
Cumplir con citas en forma ambulatoria por consulta externa

### DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI ( ), C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ), Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_ de edad, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, Historia Clínica N° \_\_\_\_\_, con el Diagnóstico: \_\_\_\_\_

### Declaro:

Que el Cirujano Dentista \_\_\_\_\_ con CMP N° \_\_\_\_\_, y con RNE N° \_\_\_\_\_ de la especialidad de cirugía bucal y máxilo facial, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización del: **Procedimiento de Colocación de dispositivo para tracción ortodóntica**, sobre el cual he sido informado. Así mismo he comprendido los beneficios, probables riesgos o complicaciones del mismo.





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto Nacional de Salud  
del Niño – San Borja

Por lo tanto con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:  
**Doy mi Consentimiento para el Procedimiento de Colocación de dispositivo para tracción Ortodóntica.**



Huella Digital

San Borja, ..... de .....del 20.....

Firma del Representante Legal

Nombre \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_

Firma del Cirujano Dentista Responsable

COP N° \_\_\_\_\_

RNE N° \_\_\_\_\_

### REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI ( ), C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ), Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_ de edad, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, Historia Clínica N° \_\_\_\_\_, de forma libre y consciente he decidido **Revocar el Consentimiento** firmado en fecha \_\_\_\_\_ para la realización de \_\_\_\_\_ y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida de mi representado.



Huella Digital

San Borja, ..... de .....del 20.....

Firma del Representante Legal

Nombre \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_

Firma del Cirujano Dentista Responsable

COP N° \_\_\_\_\_

RNE N° \_\_\_\_\_

Consentimiento Informado Procedimiento de Colocación de dispositivo para tracción Ortodóntica. INSNB.







PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE TRAUMATISMO Y/O FRACTURA DENTOALVEOLAR

(DS.N°027-2015-SA. Reglamento de la Ley N°29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud. Ley General de Salud N° 26842 .RD N°...../2018/INSNSB)

### **D7770 - Procedimiento de Tratamiento Quirúrgico de Traumatismo Dentoalveolar**

**Servicio:** Sub-Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas. Especialidad de Odontología – Cirugía Bucal y Máxilo Facial

**Diagnóstico:** Traumatismo y/o fractura dentoalveolar

#### **Descripción del Procedimiento:**

Restauración de la anatomía del reborde dentoalveolar maxilar y/o mandibular.

**El Procedimiento de Tratamiento Quirúrgico de Traumatismo y/o Fractura Dentoalveolar**, es un procedimiento quirúrgico realizado bajo anestesia local ( ) o general ( ) y que consiste en la:

- ( ) REDUCCIÓN CRUENTA DE FRACTURA DENTOALVEOLAR
- ( ) REDUCCION INCRUENTA DE FRACTURA DENTOALVEOLAR
- ( ) LIMPIEZA QUIRURGICA Y REMODELADO OSEO
- ( ) EXODONCIA DE PIEZA DENTARIA FRACTURADA
- ( ) FERULIZACION CON ALAMBRE Y RESINA
- ( ) SUTURA DE HERIDAS EN CARA Y CAVIDAD ORAL
- ( ) ANESTESIA GENERAL
- ( ) ANESTESIA LOCAL CON RESTRICCIÓN FÍSICA

#### **Objetivos del Procedimiento:**

El objetivo del tratamiento quirúrgico es la restauración de la anatomía y función de las arcadas dentarias obteniendo una oclusión funcional.

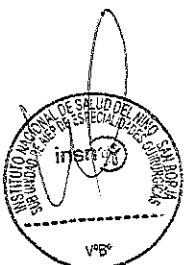
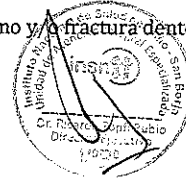
#### **Beneficios Esperados:**

Detención del sangrado, cierre de heridas en la cavidad oral, sutura de mucosa oral, retiro de cuerpos extraños y secuestros óseos, exodoncia de piezas dentarias no vitales o remanentes dentales.

#### **Riesgos o Complicaciones Frecuentes:**

Sangrado, Infección, Dehiscencia de herida operatoria, daño a piezas dentarias adyacentes.

Consentimiento Informado Procedimiento de Tratamiento quirúrgico de traumatismo y/o fractura dentoalveolar. INSNSB.





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja



**Riesgos o Complicaciones poco Frecuentes:**

Broncoespasmo, Desequilibrio hidroelectrolítico, Tromboembolia, Paro Cardio-Respiratorio, Desorden cerebro vascular, Muerte.

**Consecuencias previsibles de la NO realización del procedimiento y/o intervención quirúrgica:**

Persistencia del trazo de fractura con deformidad facial, mala consolidación de fragmentos, pseudoartrosis, persistencia de mal oclusión instaurada, pérdida de piezas dentarias involucradas, infección.

**Describir posibilidad de Tratamiento Alternativo:**

No Hay Tratamiento Alternativo.

**Riesgos en Función de las Particularidades del Paciente:**

Granuloma, cicatriz queloide, recurrencia, fístula, lesión del trigémino, facial y/o espinal. Así como estructuras adyacentes como globo ocular, lengua, dificultad respiratoria, dificultad al deglutir y dependencia según el caso de traqueotomía.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Malo ( ) Reservado ( )

**Recomendaciones/Observaciones:**

Limpieza diaria y posterior a la ingesta de alimentos.

Cumplir con citas en forma ambulatoria por consulta externa

**DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

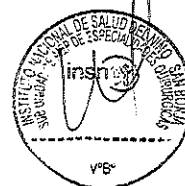
Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI ( ), C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ), Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_ de edad, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, Historia Clínica N° \_\_\_\_\_, con el Diagnóstico: \_\_\_\_\_

**Declaro:**

Que el Cirujano Dentista \_\_\_\_\_ con CMP N° \_\_\_\_\_, y con RNE N° \_\_\_\_\_ de la especialidad de cirugía bucal y máxilo facial, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización del: **Procedimiento de Tratamiento quirúrgico de traumatismo y/o fractura dentoalveolar**, sobre el cual he sido informado. Así mismo he comprendido los beneficios, probables riesgos o complicaciones, del mismo.



*[Handwritten signature]*





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja



Por lo tanto con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:  
**Doy mi Consentimiento para el Procedimiento de Tratamiento quirúrgico de traumatismo y/o fractura dentoalveolar.**



Huella Digital

San Borja, ..... de .....del 20.....

Firma del Representante Legal

Nombre \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_

Firma del Cirujano Dentista Responsable

COP N° \_\_\_\_\_

RNE N° \_\_\_\_\_

### REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con  
DNI ( ), C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ),  
Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_  
de edad, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, Historia Clínica N° \_\_\_\_\_, de forma  
libre y consciente he decidido **Revocar el Consentimiento** firmado en fecha \_\_\_\_\_ para  
la realización de \_\_\_\_\_ y asumo las consecuencias que de ello  
puedan derivarse para la salud o la vida de mi representado.



Huella Digital

San Borja, ..... de .....del 20.....

Firma del Representante Legal

Nombre \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_

Firma del Cirujano Dentista Responsable

COP N° \_\_\_\_\_

RNE N° \_\_\_\_\_

Consentimiento Informado Procedimiento de Tratamiento quirúrgico de traumatismo y/o fractura dentoalveolar. INSNSB.

