



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO INTEGRAL

(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°...../2019/INSNSB)

- **CPT D2331** Restauración de dos superficies, con resina, en piezas dentarias anteriores (compuesta)
- **CPT D2336** Restauración de piezas dentarias deciduas, anteriores, mediante coronas de composite basado en resinas
- **CPT D2390** Restauración de una superficie con ionómero de vidrio en piezas dentarias deciduas
- **CPT D2391** Restauración fotocurable de una superficie con resina en piezas dentarias posteriores primarias o permanentes
- **CPT D2392** Restauración fotocurable de dos superficies con resina en piezas dentarias posteriores primarias o permanentes
- **CPT D2393** Restauración fotocurable de tres superficies con resina en piezas dentarias posteriores primarias o permanentes
- **CPT D4341** Destrartraje
- **CPT D1120** Profilaxis
- **CPT D7176** Extracción dental simple
- **CPT D7178** Extracción dental simple con sutura
- **CPT D3220** Pulpectomía terapéutica
- **CPT D3230** Pulpectomía anterior dientes deciduos
- **CPT D3240** Pulpectomía posterior dientes deciduos
- **CPT D1201** Aplicación tópica de fluor en niños, incluye profilaxis dental

Servicio: Sub-Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas. Especialidad de Odontología

Diagnóstico y Procedimiento:

Caries dental – Piezas _____

_____ Total ____ piezas

Gingivitis Aguda o Crónica– Cuadrantes _____

_____ Total ____ piezas

Pulpitis – Piezas _____

_____ Total ____ piezas

Necrosis Pulpar - Piezas _____

_____ Total ____ piezas

Descripción del Procedimiento

Es el retiro total de la pulpa vital o necrótica preparando la cavidad pulpar para su obturación con un material reabsorbible y fisiológicamente tolerable.

Objetivos del Procedimiento

- Restauración de las piezas dentarias afectadas.

Beneficios Esperados

- Ausencia de dolor.
- Restablecer la función estética y masticatoria.

Riesgos o Complicaciones Frecuentes

- Dehiscencia de mucosa oral
- Lesión de furca al momento de la apertura cameral.
- Sobre obturación de los conductos radiculares pudiendo afectar al germen del diente permanente.
- Lesión de furca al momento de la apertura cameral.
- Absceso o fístula en la pieza dentaria.
- Fractura de la pieza dentaria

Riesgos o Complicaciones poco Frecuentes

- Fractura de las limas.
- Formación de falsas vías.
- Extravasación del irrigante.
- Fractura de la fresa diamantada.
- Angina de Ludwig
- Osteomielitis

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

- Presencia de absceso de cavidad oral o cervical.
- Presencia de fístula.
- Pérdida de piezas dentarias
- Osteomielitis

Describir posibilidad de Tratamiento Alternativo

- Extracción dental

Riesgos en Función de las Particularidades del Paciente:

- Reacción alérgica algún componente de la anestesia dental.
- Reacción alérgica algún material empleado en el tratamiento pulpar.

Pronóstico: Bueno () Malo () Reservado ()

Recomendaciones/Observaciones:

- Cumplir con los cuidados orales establecidos por el especialista.
- Cumplir con las citas y controles establecidos por el especialista.

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

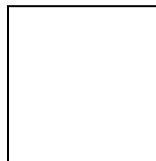
Yo _____, identificado (a) con DNI (), C.E. (), Pasaporte () N° _____, en calidad de Madre (), Padre (), Apoderado/Tutor Legal () del (la) paciente _____, con _____ de edad, identificado con DNI N° _____, Historia Clínica N° _____, con el Diagnóstico: _____

Declaro:

Que el Cirujano Dentista _____ con COP N° _____, y RNE N° _____, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización del: **Procedimiento de Tratamiento Odontológico Integral** 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 Tratamiento Odontológico Integral



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

Firma del Representante Legal
Responsable

Nombre _____
N° _____
DNI N° _____

Huella Digital

Firma del Cirujano Dentista

COP _____

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.



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

Firma del Representante Legal
Responsable

Nombre _____
DNI N° _____

Huella Digital

Firma y Sello del Cirujano Dentista

COP N° _____

RNE N° _____