

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES ODONTOPEDIÁTRICOS

Evaluación, Diagnóstico y Planificación: Esta es la sesión inicial y más importante, se le entregará el diagnóstico y las causas de la enfermedad de su hijo(a) si es que la hay, además de las técnicas adecuadas para prevenir alteraciones tanto a nivel dentario como maxilofacial. Si es posible, en esta sesión se podría realizar algún tipo de tratamiento (siempre que el apoderado esté de acuerdo), éste deberá ser cancelado con un nuevo presupuesto que elaborará y le entregará el especialista tratante.

Tratamiento Preventivo (profilaxis, sellantes y flúor): El tratamiento preventivo debe ser complementado con el cuidado de la higiene y dieta en casa. Se deben seguir las instrucciones indicadas por su odontopediatra para el éxito del tratamiento, o sea para prevenir la aparición de caries o el aumento de tamaño de éstas.

Los sellantes tienen una *garantía de 1 mes*, tiempo considerado en que podrían desalojarse por la técnica o materiales empleados (por ej. exceso de saliva durante la atención). Sobre el mes se considera como causa de la función masticatoria (ej. masticar alimentos chiclosos o duros) o por malos hábitos orales (comerse las uñas o morder lápices entre otros), por lo cual si éste se desaloja deberá ser cancelado nuevamente por el paciente.

Tratamiento Restaurador (“tapaduras”): Las obturaciones requieren de un medio limpio y seco para realizarlas, ya que éstas deben adherirse a la superficie del diente. En el caso de que por razones de conducta del paciente en el sillón no se cumpla con este requisito, el éxito de éste no se puede garantizar, ya que ésta pudo haberse humedecido en algún área. Si la restauración se desaloja *antes del mes* por los motivos antes mencionados, el paciente deberá cancelar un valor de control para volver a realizarla. Si la restauración se desaloja posterior al mes deberá cancelar el valor total de la restauración nuevamente.

En el caso de caries profundas, existe una probabilidad de que la pulpa del diente se haya afectado y no mostrar sintomatología dolorosa previa, en dichos casos una vez obturado el diente ésta se puede agudizar y en ese minuto manifestar dolor u otra alteración (ej.: un absceso o infección). Esta situación no es predecible ni frecuente, pero en el caso que suceda se deberá realizar el tratamiento de endodoncia del diente, el cual deberá ser considerado y cancelado como un nuevo tratamiento.

Tratamiento de Endodoncia (de conducto): Las endodoncias en dientes temporales presentan resultados variables e impredecibles que no dependen del profesional, al ser su proceso biológico diferente al diente definitivo, los pronósticos son reservados y el éxito del mismo se irá evaluando en los controles posteriores. Puede suceder que el diente tratado deba tener que retratarse o extraerse, según cómo reaccione en el tiempo, si fuese así estos nuevos procedimientos tendrán un valor adicional al tratamiento de endodoncia ya cancelado. De igual forma, una vez realizada la Endodoncia esta requerirá una tapadura o algún otro tipo de rehabilitación, que tiene un costo adicional en la atención de salud.

Sesión de Adaptación Odontopediátrica: Todo presupuesto odontopediátrico tendrá anexada la prestación de Adaptación a la Atención Odontopediátrica, cuyo valor es de \$32.000, el cual será cancelado en el caso de que el paciente no acepte o no permita realizar el tratamiento propuesto para la sesión agendada.

Yo _____ (NOMBRE) _____ (RUT), apoderado de
_____ (NOMBRE PCTE.) _____

(RUT) comprendo que para la realización exitosa del tratamiento se debe cooperar asistiendo con puntualidad o avisando con tiempo si no es posible asistir, como asimismo siguiendo las indicaciones que se me dan (de cuidado, dieta, higiene y controles) y tomando los medicamentos prescritos de acuerdo a las instrucciones. Entiendo que pierdo las garantías explicitadas con ausencias reiteradas o al no asistir a controles programados. Si presentase problemas con alguno de los tratamientos realizados en Clínica MD Odontología, deberé consultar primero con Dirección de Clínica para resolver el problema y pasar por una contraloría, de lo contrario, si asisto a otro centro en donde intervienen parte o la totalidad de los tratamientos realizados o iniciados perderé las garantías y no existirán devoluciones de dinero. Declaro que el dentista me ha explicado las ventajas y desventajas de este tratamiento, las alternativas a este y las consecuencias de no realizarlo. Sé que tengo derecho a solicitar que se me vuelvan a explicar las partes del tratamiento que no tenga suficientemente claras. Además he sido informado(a) de los honorarios involucrados en mi tratamiento y las condiciones del pago del mismo y estoy de acuerdo.

FIRMA APODERADO

NOMBRE/FIRMA TRATANTE

Viña del Mar, ___/___/___.