



**CONSENTIMIENTO INFORMADO TOMA DE PERIAPICALES**  
**A-TIC-HC-MA-001-PR-003-FO-009 V1 21-01-2022**

El propósito de esta prueba diagnóstica es obtener una imagen detallada de una determinada zona de la cavidad oral, como **beneficios** es conocer el estado de estas estructuras. La corroboración de los hallazgos radiográficos siempre va acompañada del examen clínico correspondiente. La radiografía sólo puede ser leída o interpretada por el profesional en odontología.

La exposición a la radiación utilizando este tipo de técnicas radiográficas es muy baja, sin embargo, como todo procedimiento en salud, tiene **riesgos y complicaciones** relacionados como: laceración de tejidos blandos con la película, exposición a mayor dosis de radiación y existe restricción si se encuentra en estado de embarazo (aplica solo en mujeres), en este caso NO dude en informarlo.

Riesgos específicos: CONSENTIMIENTO RADIOLOGÍA

Para estos estudios se utilizan radiaciones ionizantes, los riesgos asociados son: Irradiación, accidental a una mujer embarazada sin los elementos de protección.

Caída desde su propia altura o desde la unidad odontológica o silla de Radiología, Sobre exposición de radiación, otra:

\_\_\_\_\_

Durante la toma de la radiografía debe seguir las instrucciones que sean dadas por el personal de salud que va a realizar el procedimiento, se le colocarán elementos de protección personal que tienen por objetivo reducir la radiación. Recibida la anterior información.

Me han sido explicadas las posibles alternativas para el procedimiento los cuales son:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ en nombre propio o en representación de \_\_\_\_\_, identificado con \_\_\_\_\_, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, DECLARO que he sido debidamente INFORMADO/A, por el Dr./a). \_\_\_\_\_ y, en consecuencia, autorizo a que tomen la(s) radiografía(s): \_\_\_\_\_, considero que he comprendido la naturaleza y propósitos del procedimiento y he sido informado/a, en términos que he comprendido, del alcance, los beneficios, alternativas, riesgos y complicaciones de la prueba diagnóstica.

En la entrevista he tenido la oportunidad de proponer y resolver mis posibles dudas, y de obtener cuanta información complementaria he creído necesaria.

Dosis de radiación: \_\_\_\_\_  $\mu$ Sv; 60Kv \_\_\_\_ 70Kv \_\_\_\_

FIRMA DEL PROFESIONAL Y NÚMERO DEL REGISTRO \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE\*



**CONSENTIMIENTO INFORMADO TOMA DE PERIAPICALES**  
**A-TIC-HC-MA-001-PR-003-FO-009 V1 21-01-2022**

Tipo: \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_

TESTIGO Tipo: \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ \*Parentesco en caso de firma de persona