**FECHA: DÍA \_\_ MES \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_**

EAPB\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PARTICULAR SI ( ) NO ( )

Etnia: afrocolombiano \_\_ indígena \_\_ mestizo \_\_ negro \_\_ palenquero \_\_ ninguno \_\_   
Población vulnerable: discapacidad visual\_\_ de habla\_\_ mental \_\_auditiva \_\_ restricciones de movilidad \_\_ otra ¿cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ninguno \_\_

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:**

YO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IDENTIFICADO CON CC\_\_ TI\_\_RC\_\_ N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ EN CALIDAD DE PACIENTE \_\_ REPRESENTANTE LEGAL \_\_ DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ HE SIDO INFORMADO POR EL PROFESIONAL EN SALUD ORAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ACERCA DEL PROCEDIMIENTO A REALIZAR.

La exodoncia pediátrica es la extracción de dientes temporales o definitivos cuando no es posible conservar la pieza dental, realizándose bajo anestesia local y condiciones seguras. Su éxito depende del cuidado postoperatorio y del seguimiento odontológico.

**INDICACIONES**Dientes con movilidad grado 3 provocada por exfoliación y caries extensas, para buscar espacios con ortopedia maxilar.

**BENEFICIOS ESPERADOS DEL PROCEDIMIENTO:**

* Prevención de problemas como quistes, enfermedad periodontal y maloclusión.
* Alivio del dolor e inflamación asociados al diente afectado.
* Reducción del riesgo de infecciones bucales o sistémicas.
* Protección del espacio para la erupción del diente permanente.
* Mejora de la salud oral general y prevención de complicaciones mayores.
* Eliminación de focos de infección o dolor.
* Prevención de daños a dientes permanentes en erupción.
* Corrección de interferencias en la erupción dentaria.
* Evitación de alteraciones funcionales o estéticas.
* Contribución al desarrollo oral y general adecuado del menor.

**POSIBLES RIESGOS Y EFECTOS ADVERSOS:**

* Dolor, sangrado o inflamación postoperatoria.
* Infección localizada o necesidad de medicación posterior.
* Lesión accidental de dientes adyacentes o tejidos blandos.
* Reacciones adversas a la anestesia local (poco frecuentes).
* Pérdida prematura del espacio si no se realiza seguimiento.
* Necesidad de tratamiento complementario, como mantenedores de espacio.

**ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO**

* Tratamiento restaurador si la pieza es recuperable.
* Tratamiento pulpar (pulpotomía o pulpectomía) en dientes temporales.
* Seguimiento clínico si la exfoliación natural está próxima.
* Tratamiento farmacológico temporal (analgésicos, antibióticos), en casos seleccionados.

**IMPLICACIONES DE NO REALIZAR EL PROCEDIMIENTO**

* Persistencia o agravamiento de dolor, inflamación o infección.
* Compromiso del desarrollo y erupción de dientes permanentes.
* Riesgo de abscesos, celulitis o infecciones mayores.
* Alteraciones en la masticación, habla o desarrollo facial.
* Posibles tratamientos futuros más complejos, costosos o invasivos.

**COMPLICACIONES EN EL TRATAMIENTO**

* Reacciones alérgicas a anestésicos o medicamentos.
* Hematomas, inflamación y sangrado postoperatorio.
* Infecciones en la zona tratada.
* Dificultad para abrir la boca temporalmente.
* Daño a dientes o tejidos cercanos.
* Alteración de la sensibilidad en el labio inferior o lengua.
* Sinusitis o comunicación entre la cavidad oral y los senos maxilares.
* Fracturas óseas o desplazamiento del diente.
* Ingestión o aspiración de fragmentos dentales.
* Rotura de instrumentos o aguja de anestesia.

**RECOMENDACIONES POSTOPERATORIAS**

* Ante la pérdida prematura de un diente temporal colocar un mantenedor de espacio para garantizar la erupción normal de los dientes definitivos.
* Mantener compresión con gasa por 30 minutos en el sitio de la extracción.
* No enjuagar ni escupir durante las primeras 12 horas.
* Evitar alimentos duros, calientes o irritantes por 24 horas.
* Administrar medicamentos solo si han sido formulados.
* En caso de fiebre, sangrado excesivo o dolor persistente, acudir al centro de salud.
* Asistir al control odontológico programado.

**DISENTIMIENTO**  
En caso de no aceptar y rechazar voluntariamente el procedimiento propuesto e informado por el personal de salud de la ESE, manifiesto que asumo toda responsabilidad y libero de la misma a la ESE.

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO**  
Por medio del presente documento declaro que he recibido información clara sobre el procedimiento, entiendo sus posibles molestias, la importancia del cuidado oral y los efectos posteriores. He tenido la oportunidad de realizar preguntas y todas han sido respondidas satisfactoriamente por el profesional tratante. Autorizo de manera libre, consciente e informada la realización del procedimiento en mención.

**DECLARACIÓN DE FIRMAS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL PACIENTE** | | |
| Leí, entendí y doy mi consentimiento para que realicen el procedimiento anteriormente explicado | **SI** | **NO** |
|  |  |
| **Nombre completo** |  | |
| **Número y tipo de documento** |  | |
| **Firma** |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **PROFESIONAL QUE REALIZA EL PROCEDIMIENTO** | |
| Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_quien desempeño el cargo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, he informado el propósito y naturaleza del procedimiento descrito arriba, los beneficios, riesgos, recomendaciones pre y post procedimiento al paciente, quien refirió entender y aceptar. | |
| **FECHA** |  |

**TUTOR LEGAL O FAMILIAR**

|  |  |
| --- | --- |
| **DATOS DEL TUTOR LEGAL FAMILIAR** | |
| **NOMBRE COMPLETO** |  |
| **TIPO ID Y NRO DE IDENTIFICACION** |  |
| **PARENTESCO** |  |
| **FIRMA** |  |

Como tutor legal o familiar del paciente, sé que el paciente ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito. El medico me ha explicado de sus riesgos y complicaciones. He comprendido todo lo anterior perfectamente por ello, doy mi consentimiento para que el (los) doctor (es), y el personal auxiliar que el (ella) (ellos) precise(n) le realicen este procedimiento