**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 aplicación de sellantes de fosas y fisuras es un procedimiento preventivo en salud bucal que consiste en modificar la morfología dental mediante la colocación de una resina adhesiva en las superficies oclusales de molares y premolares, con el fin de reducir la acumulación de placa bacteriana y prevenir la caries en zonas de alto riesgo.

**INDICACIONES**Aplicación en dientes con alto riesgo de caries por su morfología o estado (surcos profundos, esmalte inmaduro o dañado), tanto a nivel individual como comunitario, especialmente en molares y premolares sanos o con caries incipiente, según edad y riesgo cariogénico.

**BENEFICIOS ESPERADOS**

* Procedimiento rápido, no invasivo, indoloro y económico.
* Protege dientes permanentes durante los años de mayor riesgo de caries.
* Prevenir la aparición de caries dental en fosas y fisuras.
* Facilitar la limpieza de las superficies dentales.
* Reducir la necesidad de tratamientos odontológicos restaurativos en el futuro.

**POSIBLES RIESGOS Y EFECTOS ADVERSOS**

* Desprendimiento del sellante con el tiempo, especialmente si el paciente no asiste a controles periódicos.
* Alergia poco común a componentes del material (casos extremadamente raros).
* Falsa sensación de protección total, si el paciente descuida la higiene oral.

**ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO**

* Mantener una higiene oral rigurosa con cepillado adecuado y uso de seda dental.
* Aplicación de flúor profesional.
* Control dietético, evitando alimentos azucarados o pegajosos.
* Evaluaciones odontológicas periódicas para detección temprana de caries.

**IMPLICACIONES DE NO REALIZAR EL PROCEDIMIENTO**

* Mayor probabilidad de desarrollar caries en fosas y fisuras profundas.
* Necesidad de tratamientos restaurativos invasivos y de mayor costo en el futuro.
* Posible pérdida temprana de piezas dentales permanentes.
* Aumento del riesgo de infecciones bucales, dolor y complicaciones sistémicas.

**RECOMENDACIONES**

* No ingerir alimentos durante una hora, ni alimentos duros y pegajosos
* Mantener una adecuada higiene oral diaria (cepillado, hilo dental)
* Asistir a controles periódicos para verificar la integridad del sellante.
* En caso de caída o fractura del material, consultar al odontólogo para su reposición.

**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