**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 tópica de flúor es una intervención preventiva realizada por el profesional en salud oral. El flúor es un tópico concentrado que contiene fluoruro de sodio (NaF) al 5% en una resina o base sintética. El barniz es aplicado en una capa fina con movimiento de cepillado horizontal en todas las superficies de los dientes con el microbrush, proporcionando una dosis altamente concentrada de flúor que mantiene contacto prolongado con la superficie dental para inhibir la caries dental.

**BENEFICIOS ESPERADOS**

* Reducción significativa de la incidencia de caries dental.
* Disminuir la desmineralización y fortalecer el esmalte dental.
* Aumentar la resistencia de los dientes frente a los ácidos producidos por bacterias.
* Contribuir al mantenimiento de una buena salud bucal

**POSIBLES RIESGOS Y EFECTOS ADVERSOS**

* En casos de uso excesivo y prolongado, especialmente fuera del control profesional, puede presentarse fluorosis dental, una alteración del esmalte visible como manchas blancas o marrones.
* Reacciones alérgicas o de hipersensibilidad, extremadamente raras, asociadas a componentes del producto utilizado.

**ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO**

* Higiene oral diaria adecuada, con cepillado mínimo dos veces al día usando crema dental con flúor.
* Uso de **sellantes de fosas y fisuras**, especialmente en molares.
* Control de dieta con reducción en el consumo de azúcares simples.
* Evaluaciones odontológicas periódicas para seguimiento del riesgo de caries

.

**IMPLICACIONES DE NO REALIZAR EL PROCEDIMIENTO**

* Aumento del riesgo de caries dental, lo que puede llevar a dolor, infecciones, tratamientos invasivos como obturaciones o extracciones.
* Mayor costo futuro en tratamientos correctivos.
* Posible deterioro en la salud oral general y calidad de vida

**RECOMENDACIONES**

* No podrá consumir alimentos al menos durante las siguientes dos (2) horas posteriores a la aplicación del Barniz de Flúor.
* Con posterioridad a este tiempo, los alimentos a consumir no deben ser pegajosos ni abrasivos (chicles, dulces, entre otros)
* En las siguientes (24) horas no cepillarse la boca, preferiblemente hasta el día siguiente, ni realizar enjuagues.
* Los usuarios que tomen suplementos con flúor deben suspenderlo por dos o tres días, después de la aplicación.

**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, manifiesto que he recibido información suficiente, clara y comprensible sobre el procedimiento de aplicación tópica de flúor, sus beneficios, riesgos, alternativas terapéuticas y las posibles consecuencias de no autorizarlo.

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, se 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