**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\_\_ N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ EN CALIDAD DE PACIENTE \_\_ REPRESENTANTE LEGAL \_\_ DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ HE SIDO INFORMADO POR EL PROFESIONAL EN SALUD ORAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ACERCA DEL PROCEDIMIENTO A REALIZAR.

El detartraje dental es un procedimiento no invasivo que permite eliminar el sarro, la placa bacteriana y manchas superficiales de los dientes mediante técnicas mecánicas o ultrasónicas. Es una medida clave para prevenir y tratar enfermedades periodontales como la gingivitis y la periodontitis, ya que ayuda a proteger los tejidos de soporte del diente y a mantener una adecuada salud bucal.

**BENEFICIOS ESPERADOS**

* Prevención de la progresión de enfermedades periodontales.
* Disminución de la inflamación, sangrado y sensibilidad gingival
* Mejora en el aliento (halitosis) y estética dental.
* Contribución al mantenimiento de dientes funcionales y saludables a largo plazo.

**POSIBLES RIESGOS Y EFECTOS ADVERSOS**

* Sensibilidad dental temporal, especialmente al frío o calor.
* Molestia o dolor leve durante o después del procedimiento, más común en presencia de enfermedad periodontal avanzada.
* Sangrado gingival transitorio, particularmente si existe inflamación previa.
* Retracción gingival aparente, en casos donde el cálculo cubría defectos ya existentes.
* Riesgo mínimo de infección, controlado mediante medidas estándar de bioseguridad.

**ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO**

* Higiene oral estricta en casa con cepillado adecuado, uso de seda dental e irrigadores.
* Evaluaciones odontológicas regulares.
* En casos de enfermedad periodontal avanzada, tratamiento periodontal especializado.

**IMPLICACIONES DE NO REALIZAR EL PROCEDIMIENTO**

* Acumulación continua de placa bacteriana y cálculo dental.
* Progresión de enfermedades como la gingivitis y la periodontitis, lo que puede derivar en pérdida de dientes.
* Aumento del riesgo de infecciones orales, halitosis, y complicaciones sistémicas asociadas con la salud bucal.
* Necesidad futura de tratamientos más invasivos, costosos y complejos.

**RECOMENDACIONES**

* Evitar ingesta de alimentos y bebidas que pigmentantes
* Usa enjuague bucal sin alcohol.
* No fumar
* No consumir alimentos pegajosos como chicles o golosinas
* Durante las siguientes 24 horas No ingerir bebidas oscuras que puedan provocar manchas en el esmalte

**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