**ANEXO # 3: PROCEDIMIENTO - OPERATORIA**

**DEFINICIÓN- EXPLICACIÓN:** Operatoria consiste en restaurar los tejidos dentales con el fin de devolverle funcionalidad y apariencia, con instrumental manual o rotatorio. Restaurar la salud, anatomía, fisiología y estética de las piezas dentarias afectadas por caries y traumatismos, erosión, abrasión y otros problemas o defectos de nacimiento y prevenir el inicio de lesiones futuras.

**POSIBLES COMPLICACIONES:**

* Exposición pulpar.
* Sensibilidad dental posoperatoria (luego de la calza).
* Exposición al mercurio de la obturación con amalgama
* Aspiración y deglución de instrumentos
* Alergias ( látex, solución irrigante y material de obturación)

**BENEFICIOS:**

* Dar funcionalidad a la pieza dental.
* Mejorar la estética dental.
* Disminuir el riesgo de patología pulpar.

**RECOMENDACIONES POST- PROCEDIMIENTO**

* No consumir alimentos solidos ni líquidos 2 horas después de realizado el tratamiento.
* Consumir una dieta blanda para evitar complicaciones como la fractura dental.
* Evitar consumir alimentos con temperatura extremas (muy frio o caliente).
* Mantener hábitos de higiene bucal apropiados, utilizando cepillo dental, crema, enjuague bucal sin alcohol y seda dental.
* Es normal que los próximos 3 días presente sensibilidad en los dientes tratados, si el dolor persiste por más tiempo, consulte al odontólogo.

**CONTROLES:**Cada 6 meses.

Certifico que he sido debidamente informado de la naturaleza y propósito de los procedimientos, exclusiones del Plan Obligatorio de Salud (POS y POS-S) los materiales, las tarifas, los copagos y/o cuotas moderadoras, las posibles complicaciones y consecuencias de realizar o no el tratamiento.

Para realizar los procedimientos o las actividades adicionales que a su buen juicio se requieran durante la misma y soy consciente que los procedimientos buscan mejorar mi condición general, que no garantiza la condición inmediata de mi enfermedad y que según el nivel de atención de la E.S.E. (1 nivel) tendré que realizarme algunas actividades de manera particular.

El profesional me informó de mi enfermedad, los cuidados que debo tener en el hogar. Su nombre y número telefónico del hospital para resolver las inquietudes y dudas que se presenten.

**HE LEÍDO, ENTIENDO Y ACEPTO EL PROCEDIMIENTO Y CON MI FIRMA O HUELLA LO APRUEBO:**

**ANEXO # 6: PROCEDIMIENTO - EXODONCIA**

**DEFINICION-EXPLICACIÓN:** La **exodoncia** es aquella parte de la cirugía maxilofacial que se ocupa de extraer los dientes, mediante unas técnicas e instrumental adecuado, de practicar la avulsión o extracción de un diente o porción del mismo, del lecho óseo que lo alberga.

**POSIBLES COMPLICACIONES:**

Complicaciones de la anestesia

* Sangrado continúo, Dolor e inflamación de la zona, Aparición de hematomas, Pequeños daños en los tejidos blandos de la zona afectada, Infección de la herida, Alveolitis, Sinusitis, Lesión del nervio dentario inferior. esta lesión conlleva disminución de la sensibilidad (hipoestesia) o pérdida total de la misma (anestesia), Lesión del nervio lingual, que también se encuentra muy próximo en la cara interna de la mandíbula, Fractura de la mandíbula, por resistencia insuficiente del hueso, Si se requiere colgajo (exodoncia quirúrgica), Posibilidad de dolor, Inflamación, Hemorragia, Hematomas, Sobreinfección de la herida, Trismo.
* Fractura Dental
* Hemorragia
* Edema
* alveolitis

**RECOMENDACIONES POST- PROCEDIMIENTO**

* No realice enjuagues dentales en las próximas 12 horas, ni trate de escupir o tocarse la herida. No realizar actividad física, no exponerse al sol. Realice una buena higiene oral, limpiando suavemente en la zona intervenida.
* Es normal que en las próximas 24 horas halla un sangrado leve, en tales casos muerda una gasa durante 30 minutos constante. Si el sangrado aumenta o permanece por mas tiempo, consulte inmediatamente. Es normal que en las próximas 24- 48horas halla un dolor. Si persiste, consulte de inmediato.
* Absténgase de fumar en los próximos 5 días.
* Consuma alimentos calientes ni fríos en las próximas 24 horas.

**CONTROLES:**acuda a la semana para revisión y retiro de sutura.

Certifico que he sido debidamente informado de la naturaleza y propósito de los procedimientos, exclusiones del Plan Obligatorio de Salud (POS y POS-S) los materiales, las tarifas, los copagos y/o cuotas moderadoras, las posibles complicaciones y consecuencias de realizar o no el tratamiento.

Para realizar los procedimientos o las actividades adicionales que a su buen juicio se requieran durante la misma y soy consciente que los procedimientos buscan mejorar mi condición general, que no garantiza la condición inmediata de mi enfermedad y que según el nivel de atención de la E.S.E. (1 nivel) tendré que realizarme algunas actividades de manera particular.

El profesional me informó de mi enfermedad, los cuidados que debo tener en el hogar. Su nombre y número telefónico del hospital para resolver las inquietudes y dudas que se presenten.

**HE LEÍDO, ENTIENDO Y ACEPTO EL PROCEDIMIENTO Y CON MI FIRMA O HUELLA LO APRUEBO:**

**ANEXO 4: PROCEDIMIENTO - ANESTESIA INTRAORAL**

**DEFINICIÓN - EXPLICACIÓN:** Es un procedimiento que persigue anular o minimizar cualquier posible dolor por la intervención terapéutica se realiza mediante la inyección de una sustancia con ese efecto (anestésico local) en la zona tratada o en la proximidad de los nervios que reciben la sensibilidad de dicha zona, la insensibilización es pasajera de 30 minutos a 3 horas, según el lugar, la técnica y el anestésico utilizado.

**POSIBLES COMPLICACIONES:**

* **Heridas por mordedura de las zonas insensibilizadas** (lengua, labios, mejillas).
* **Daños por la aguja en vasos sanguíneos, nervios, músculos, etc**. Provocar pequeños hematomas («moratones»), dolor en el lugar de la inyección.
* Parestesias (sensaciones extrañas) en la zona inervada por el nervio herido durante algunas semanas.
* M**areos**,
* **Parálisis facial**
* **Hipersensibilidad (alergia)** al anestésico o a alguna otra sustancia presente en la solución anestésica.
* Rup**tura de la aguja**, por movimiento brusco de la cabeza.

**BENEFICIOS:**

* Ausencia de dolor durante el procedimiento
* Disminución del sangrado

**RECOMENDACIONES PRE- PROCEDIMIENTO**

* Debe y/o puede desayunar o comer normalmente antes del procedimiento.
* Deberá acudir a consulta acompañado
* Cepille sus dientes de forma habitual
* Si tiene radiografía previa no olvide traerla

**RECOMENDACIONES POST- PROCEDIMIENTO**

* Tener cuidado de morder lengua, labios o mejillas
* No tomar bebidas calientes

Certifico que he sido debidamente informado de la naturaleza y propósito de los procedimientos, exclusiones del Plan Obligatorio de Salud (POS y POS-S) los materiales, las tarifas, los copagos y/o cuotas moderadoras, las posibles complicaciones y consecuencias de realizar o no el tratamiento.

Para realizar los procedimientos o las actividades adicionales que a su buen juicio se requieran durante la misma y soy consciente que los procedimientos buscan mejorar mi condición general, que no garantiza la condición inmediata de mi enfermedad y que según el nivel de atención de la E.S.E. (1 nivel) tendré que realizarme algunas actividades de manera particular.

El profesional me informó de mi enfermedad, los cuidados que debo tener en el hogar. Su nombre y número telefónico del hospital para resolver las inquietudes y dudas que se presenten.

**HE LEÍDO, ENTIENDO Y ACEPTO EL PROCEDIMIENTO Y CON MI FIRMA O HUELLA LO APRUEBO:**

**ANEXO # 1: PROCEDIMIENTO - PERIODONCIA**

**DEFINICIÓN - EXPLICACIÓN:** Procedimientos encaminados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las [enfermedades](http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad) y condiciones que afectan los [tejidos](http://es.wikipedia.org/wiki/Tejido_(biolog%C3%ADa)) que dan soporte a los dientes (encía, ligamento periodontal, cemento radicular y hueso alveolar) y a los substitutos implantados (implantes dentales, injertos, etc.), para el mantenimiento de la [salud](http://es.wikipedia.org/wiki/Salud), función y estética de los dientes y sus tejidos adyacentes.

**POSIBLES COMPLICACIONES:**

* Sangrado
* Hematoma
* Hipersensibilidad.
* Movilidad dental (en presencia de grandes cálculos).
* Exposición de canales accesorios provocando patología pulpar.
* En problemas periodontales avanzados se puede perder más hueso

**BENEFICIOS:**

* Cicatrización de tejidos periodontal.
* Posible regeneración de tejidos periodontales (hueso, ligamento, encía).
* Evitar el sangrado de la encía.
* evitar enfermedades como la gingivitis y la periodontitis

**RECOMENDACIONES POST- PROCEDIMIENTO**

* Si le realizaron un detartraje o remoción de cálculos y limpieza es normal que por hoy y mañana sienta molestia o dolor leve en las encías y posible sangrado.
* No consumir alimentos solidos ni líquidos dos horas de realizado el procedimiento.
* Evitar consumir alimentos con temperaturas extremas (muy frio o caliente)
* Nunca se automedique y siga todas las recomendaciones que le asigno su odontólogo.
* Es normal que se presente sensibilidad en los dientes.
* Separe una cita de revisión en 6 meses.

Certifico que he sido debidamente informado de la naturaleza y propósito de los procedimientos, exclusiones del Plan Obligatorio de Salud (POS y POS-S) los materiales, las tarifas, los copagos y/o cuotas moderadoras, las posibles complicaciones y consecuencias de realizar o no el tratamiento. Para realizar los procedimientos o las actividades adicionales que a su buen juicio se requieran durante la misma y soy consciente que los procedimientos buscan mejorar mi condición general, que no garantiza la condición inmediata de mi enfermedad y que según el nivel de atención de la E.S.E. (1 nivel) tendré que realizarme algunas actividades de manera particular. El profesional me informó de mi enfermedad, los cuidados que debo tener en el hogar. Su nombre y número telefónico del hospital para resolver las inquietudes y dudas que se presenten.

**ANEXO 2: APLICACIÓN BARNIZ DE FLUOR**

**DEFINICIÓN – EXPLICACIÓN:** La aplicación de barniz de flúor, es un procedimiento seguro y sencillo, que puede producir un leve cambio temporal en el color en los dientes. Se me ha ha informado sobre el procedimiento, sus beneficios, sus riesgos y al respecto y se me ha recomendado No consumir alimentos al menos durante las siguientes cuatro (4) horas posteriores a la aplicación del barniz, con posterioridad a este tiempo, los alimentos a consumir No deben ser pegajosos ni abrasivos (chicles, dulces, entre otros) y por esta vez, No realizar cepillado dental hasta la mañana siguiente. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y por lo tanto autorizo, SI O NO la aplicación del barniz de flúor.

**RECOMENDACIONES PRE- PROCEDIMIENTO**  
  
-    Los niños deben comer y beber algo antes de recibir la aplicación del barniz de flúor.  
-    Deben cepillarse sus dientes antes de la aplicación del barniz de flúor, que no tiene mal sabor.  
  
**RECOMENDACIONES POST- PROCEDIMIENTO**

-    No permitir que los niños coman alimentos aproximadamente en las siguientes 2 a 4 horas de la aplicación.  
-    No brindar alimentos duros ni pegajosos, como dulces o gomas de mascar.  
-    No realizar cepillado ni uso de crema dental hasta el siguiente día a la aplicación del barniz.  
-    No cepillar más de lo normal para eliminar un leve color amarillo que puede resultar de la aplicación del barniz, dado que este irá desapareciendo progresivamente.  
-    Llevar a los menores cada seis meses a controles por odontología, para recibir orientaciones sobre el cuidado bucal y en caso necesario identificar oportunamente condiciones de riesgo e intervenirlas de forma temprana.

**COMPLICACIONES**

Alergia, intoxicación, náuseas, vomito y/o diarrea.

**HE LEÍDO, ENTIENDO Y ACEPTO EL PROCEDIMIENTO Y CON MI FIRMA O HUELLA LO APRUEBO:**

**ANEXO 5: PROCEDIMIENTO - ENDODONCIA/ PULPECTOMIA**

**DEFINICIÓN - EXPLICACIÓN:** Consiste en eliminar del interior del diente los tejidos dañados, limpiando primero los conductos radiculares (donde se encuentra localizada la pulpa dental) para rellenarlos luego con un material y una sustancia que evita la permanencia de gérmenes en su interior, así como un nuevo desarrollo de éstos.

**POSIBLES COMPLICACIONES:**

* Fractura de la lima
* Fractura coronal o radicular, escalones, socavamiento de la apertura, fractura del instrumento, perforaciones, trasportaciones, accidente con hipoclorito de sodio, sobreobturación, suboturacion, sobreextension, dolor, inflamación post operatoria, deglución y aspiración de instrumentos, cambio de color, persistencia de lesión apical o calcificaciones, perdida dental.

**BENEFICIOS:**

* Disminución y eliminación del dolor.
* Conservación del diente más tiempo en boca.
* Recuperación de la función del diente y su sistema masticatorio.

**RECOMENDACIONES POST – PROCEDIMIENTO**

* Ingerir dieta blanda.
* No ingerir alimentos en 1 hora.
* En caso de dolor consuma un analgésico tipo acetaminofén.
* Una vez realizada la endodoncia es necesario que tenga en cuenta que el diente tratado debe de ser rehabilitado en el menor tiempo posible para evitar sobreinfecciones.

**CONTROLES:**Control clínico y radiográfico

Certifico que he sido debidamente informado de la naturaleza y propósito de los procedimientos, exclusiones del Plan Obligatorio de Salud (POS y POS-S) los materiales, las tarifas, los copagos y/o cuotas moderadoras, las posibles complicaciones y consecuencias de realizar o no el tratamiento.

Para realizar los procedimientos o las actividades adicionales que a su buen juicio se requieran durante la misma y soy consciente que los procedimientos buscan mejorar mi condición general, que no garantiza la condición inmediata de mi enfermedad y que según el nivel de atención de la E.S.E. (1 nivel) tendré que realizarme algunas actividades de manera particular.

El profesional me informó de mi enfermedad, los cuidados que debo tener en el hogar. Su nombre y número telefónico del hospital para resolver las inquietudes y dudas que se presenten.

**HE LEÍDO, ENTIENDO Y ACEPTO EL PROCEDIMIENTO Y CON MI FIRMA O HUELLA LO APRUEBO:**

**ANEXO 7: PROCEDIMIENTO – TOMA DE RADIOGRAFIA**

**DEFINICION – EXPLICACION:** registro fotográfico visible que se produce por el paso de rayos X a través de un objeto o cuerpo registrados en una película especial o sensor receptor de imagen, que permite estudiar estructuras internas del cuerpo humano, siendo así un auxiliar diagnostico.

Una radiografía es un tipo especifico de intraoral de rayos X que se utiliza para investigar la integridad estructural de un diente individual, proporciona una imagen de un diente desde la corona del diente hasta la punta de la raíz permitiendo observar a su vez los tejidos de soporte. Las radiografías periapicales prestan un servicio mas altamente concentrado, una imagen muy detallada del espacio a evaluar.

**POSIBLES COMPLICAIONES:**

* Laceraciones
* Abrasiones
* Alergias, broncoaspiración
* Deglución de cuerpo extraño
* sangrado

**RECOMENDACIONES POST – PROCEDIMIENTO**

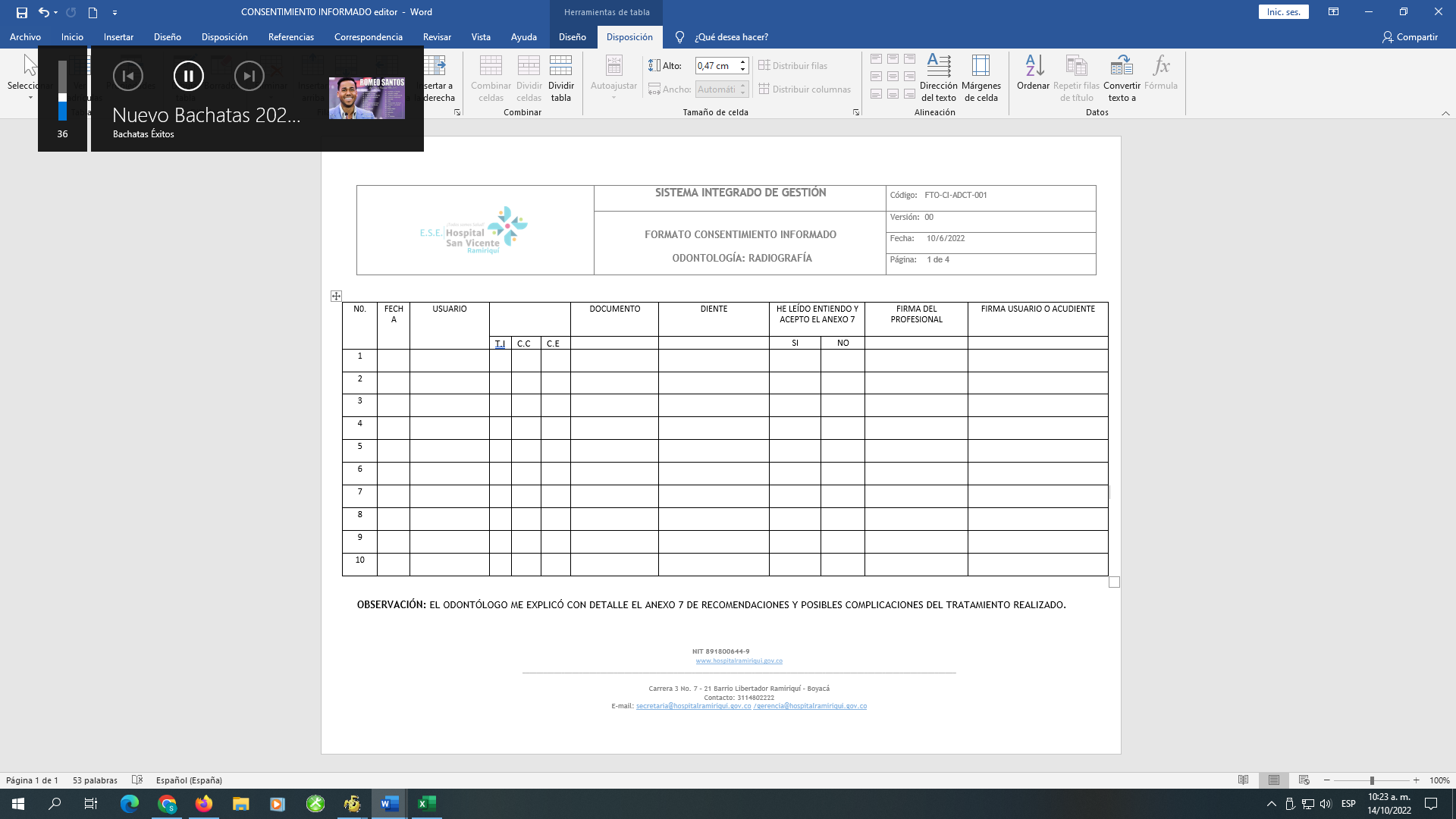
* si siente o presenta alguna alteración en su estado de salud general, acuda de inmediato para ser valorado medicamente.
* Al firmar el presente documento afirmo no estar o creer estar en estado de embarazo.

Certifico que he sido debidamente informado de la naturaleza y propósito de los procedimientos, exclusiones del Plan Obligatorio de Salud (POS y POS-S) los materiales, las tarifas, los copagos y/o cuotas moderadoras, las posibles complicaciones y consecuencias de realizar o no el tratamiento.

Para realizar los procedimientos o las actividades adicionales que a su buen juicio se requieran durante la misma y soy consciente que los procedimientos buscan mejorar mi condición general, que no garantiza la condición inmediata de mi enfermedad y que según el nivel de atención de la E.S.E. (1 nivel) tendré que realizarme algunas actividades de manera particular.

El profesional me informó de mi enfermedad, los cuidados que debo tener en el hogar. Su nombre y número telefónico del hospital para resolver las inquietudes y dudas que se presenten.

**HE LEÍDO, ENTIENDO Y ACEPTO EL PROCEDIMIENTO Y CON MI FIRMA O HUELLA LO APRUEBO:**



|  |  |
| --- | --- |
| **CONSENTIMIENTO INFORMADO** | |
| Yo pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente declaro que el personal del área de odontología me ha brindado información detallada, suficiente, completa, clara, oportuna, en un lenguaje comprensible y claro sobre mi condición o enfermedad bucodental y del balance entre los beneficios y riesgos del procedimiento clínico odontológico recomendado, así como las posibles complicaciones que se pueden presentar propias de la realización del tratamiento; tratándose en este caso de una atención odontológica realizada durante la pandemia por COVID-19, otorgo al profesional indicado, para que en ejercicio legal de su profesión se me practiquen / se le practiquen a mi representado los procedimientos odontológicos especificados en la hoja #3 de este documento, mismos que solicito se realicen bajo mi entero conocimiento de:  **PRIMERO:** Conozco y entiendo que actualmente nos encontramos en una emergencia sanitaria global declarada como consecuencia de la pandemia del virus COVID-19.  **SEGUNDO:** Que por lo anterior conozco, entiendo y se me ha explicado con lenguaje claro y sencillo por el profesional tratante que en la ejecución todas las actividades que impliquen contacto cercano, como es el caso de la practica odontológica, existe un potencial riesgo de contagio, ya que tales procedimientos pueden generar aerosoles que favorezcan la diseminación de la enfermedad, cuya aplicación puede permanecer en el aire por minutos e incluso horas aumentando la posibilidad de un eventual contagio.  **TERCERO:** Asimismo, he sido debidamente informado por el odontólogo tratante que el tiempo entre la exposición al virus SARS-CoV2 (COVID-19) y la aparición de los primeros síntomas es extenso, y durante el cual sus portadores pueden estar asintomáticos, pudiendo ser de igual manera altamente contagiosos, por lo que es complejo determinar efectivamente quién es el portador del virus, debido a las limitaciones actuales de las pruebas diagnósticas.  **CUARTO:** Del mismo modo, he sido debidamente advertido y he comprendido acerca del alto riesgo de transmisión del virusSARS-CoV2 (COVID-19), de la presencia de otras personas en el consultorio y las características de los procedimientos odontológicos, en virtud de lo cual no es posible asegurar un riesgo nulo de transmisión del virus, aun cumpliendo rigurosamente todos y cada uno de los protocolos de protección, seguridad e higiene disponibles e instaurados por la autoridad sanitaria.  **QUINTO:** Que el profesional de la salud, previa prestación de servicio, me ha solicitado responder a la siguiente encuesta cuyas respuestas bajo la gravedad del juramento declaro que son totalmente verdaderas.   1. ¿Tiene fiebre o la ha tenido en los últimos 14 días? (temperatura >37.5 °C) 2. ¿Ha tenido tos o cualquier otro signo de dificultad respiratoria en los últimos 14 días? 3. ¿Ha tenido en los últimos 14 días o tiene diarrea u otras molestias digestivas? 4. ¿Tiene o ha tenido sensación de mucho cansancio o malestar en los últimos 14 días? 5. ¿Ha notado una pérdida del sentido del gusto o del olfato en los últimos 14 días? 6. ¿Ha estado en contacto o conviviendo con alguna persona sospechosa o confirmada de coronavirus? 7. ¿Tiene o ha presentado la enfermedad de COVID-19 en los últimos 14 días? 8. En caso de haber presentado la enfermedad ¿ya cumplió 21 días de aislamiento? 9. ¿Ha realizado viajes nacionales o internacionales en los últimos 14 días?   **SEXTO:** Que una vez absuelto el cuestionario y en atención a las respuestas por mi dadas y confirmadas, el profesional tratante ha llegado a la conclusión que no soy factor de riesgo de contagio y por tanto se me prestará el servicio odontológico, aplicando los protocolos de seguridad pertinentes.  **SEPTIMO:** Que el profesional tratante, previa atención me ha informado las medidas y protocolos de bioseguridad que como paciente debo acatar y que estos son:   1. Que el uso de tapabocas es obligatorio, durante mi permanencia en áreas comunes como la sala de espera y pasillos de las instalaciones. Este será removido únicamente cuando el odontólogo lo indique. 2. Que antes de entrar a consulta debo realizar lavado de manos adecuadamente, desinfección de las suelas de los zapatos e higiene bucal según los elementos suministrados para tal fin. 3. Permitir que al inicio de consulta se me tome la temperatura corporal con el uso de termómetro digital o de mercurio. 4. Mantener distancia de mínimo 2 metros con otros pacientes y/o personal del consultorio durante mi permanencia en la sala de espera y/o espacios comunes. 5. Previamente se me ha informado que está prohibido manipular objetos personales dentro de la consulta (celular, billetera, llaves, etc), y que los accesorios y prendas de vestir adicionales deben dejarse en el punto dispuesto para tal fin (gorros, bufandas, ruanas, etc). 6. Que no debo asistir con acompañantes a menos que por mi edad o situación particular así lo requiera o asista en calidad de acudiente de persona incapaz.   **OCTAVO:** El profesional tratante me ha informado y he comprendido sobre la aplicación de los protocolos utilizados en la intervención y en general en el consultorio para minimizar el potencial riesgo de contagio. Son los siguientes:   1. Que el Equipo de Protección Personal (EPP) a utilizar por el profesional tratante es: Bata larga antifluído, careta de protección o monogafas, mascarilla respiratoria de alta eficiencia N95 con registro INVIMA, gorro quirúrgico desechable y guantes desechables. En los casos que sea necesario utilizar las piezas de mano de alta y baja velocidad, y/o el instrumento de ultrasonido, se incrementa el riesgo de contagio de covid-19. 2. Que todas las piezas quirúrgicas o instrumentos a utilizar durante la intervención son desechables y los que no son serán debidamente desinfectados y esterilizados. 3. El tiempo de la consulta tiene una duración total de 40 minutos, donde se incluyen procedimientos de desinfección de unidad odontológica, espacio de trabajo, piso, paredes y mobiliario en general antes y después de la atención. 4. Aumento en la frecuencia de recogida de residuos biosanitarios por parte del personal recolector. 5. Todos los empleados igualmente realizan el protocolo de higiene de manos y se toman la temperatura periódicamente. 6. Que cuenta con debido acceso a lavamanos, jabón y/o suministro de elementos para higiene de manos. 7. Que en la sala de espera se realizará limpieza y desinfección con frecuencia, asimismo se encontrará información sobre cuidados relacionados con la atención odontológica que deberán ser cumplidos minuciosamente.   Al firmar el presente documento declaro conocer y entender las posibles complicaciones del tratamiento a realizar, así como la responsabilidad de cumplir con las recomendaciones posteriores al procedimiento y las consecuencias de no tener los cuidados indicados por el profesional de odontología. Así mismo, declaro que mis respuestas en la encuesta para covid-19 son totalmente verdaderas, y que mentir en las mismas puede comprometer la salud del personal del área de odontología y de otros pacientes. |