

Formulario modelo: Discusión y consentimiento para el uso de estabilización protectora

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Apellido *Nombre* *Inicial*

Me han dado esta información para que entienda plenamente el procedimiento recomendado. Antes de tomar una decisión acerca del tratamiento, deseo que me den la información suficiente para que pueda entender y tomar una decisión fundada acerca del tratamiento para mí (o para el paciente bajo mi tutela).

Entiendo que puedo hacer **todas las preguntas que quiera** sobre el procedimiento recomendado.

Características y riesgos del procedimiento recomendado

La estabilización protectora puede incluir el uso de una tabla de estabilización, tela para envolver al paciente, materiales de Velcro®, o que el padre, el tutor o un miembro del personal médico restrinja los movimientos del paciente.

Tipo de estabilización protectora que se usará: _____

Se recomienda el uso de estabilización protectora porque:

- El paciente aún no puede cooperar debido a su edad o a una discapacidad física o mental, y el tratamiento es necesario para prevenir o tratar un dolor/una infección.
- La seguridad del paciente, del personal o del tutor puede estar en riesgo si no se usa la estabilización protectora.
- Los pacientes sedados pueden requerir de la estabilización para ayudar a reducir el movimiento perjudicial y protegerlos de lastimarse a sí mismos o a otros.
- Otras: _____

El dentista habló conmigo y entiendo que:

- Los pacientes que no pueden cooperar algunas veces deben ser inmovilizados durante el tratamiento odontológico.
- Permite que el tratamiento odontológico se haga de una manera más segura y efectiva. Entiendo de qué manera la estabilización ayuda a proteger al paciente.
- Un apoyo bucal (almohadilla para dientes) puede usarse para prevenir que el paciente muerda. Es cómodo y da un nivel alto de protección para el paciente.
- Si bien se aplica anestesia local para adormecer los dientes o las encías, los pacientes pueden llorar o sentirse molestos.

Me han explicado los posibles riesgos y complicaciones, los cuales incluyen:

- Posibilidad de sufrir una lesión, como una abrasión de la piel o moretones.
- Náuseas y vómitos.
- Otro: _____

continued...

Procedimientos alternativos y sus riesgos

He hablado con el dentista acerca de las alternativas a la estabilización protectora. Estas alternativas y sus riesgos incluyen:

- No recibir ningún tratamiento aquí o posponer el tratamiento. Riesgos de esta alternativa: Retrasar el tratamiento puede causar daño; la enfermedad dental progresará; los dientes pueden presentar un daño mayor; puede tener inflamación e infección. En este caso, los tipos y niveles de riesgo específicos son: _____
- Hacer el tratamiento en quirófano, si hay disponibilidad y es muy necesario. Esta alternativa presenta riesgos relacionados con los medicamentos necesarios y con la ventilación mecánica (respirador artificial), en caso de necesitarla. Los medicamentos pueden incluir: medicamentos hipnóticos o sedantes, anestesia general (gases) y otros medicamentos que se consideren necesarios. Los riesgos de hacer procedimientos en quirófano y de aplicar anestesia general son considerables, incluso infecciones graves y muerte.
- Otra información: _____

No existe otra opción razonable para mi situación (o la del paciente bajo mi tutela).

_____ He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de las alternativas y los riesgos incluidos en este
Iniciales del paciente formulario, y sobre cualquier otro riesgo que haya escuchado o considerado.

Confirmación

Yo, _____, he recibido información acerca del procedimiento propuesto de estabilización protectora. He hablado acerca del tratamiento con el Dr. _____ y me han dado la oportunidad de hacer preguntas y obtener respuestas satisfactorias. Comprendo las características del procedimiento recomendado, los riesgos del procedimiento recomendado, las alternativas y los riesgos de rechazarlo. Entiendo que el Dr. _____ puede negarse a continuar con el tratamiento para protegerme (o proteger al paciente bajo mi tutela).

Reconozco que he leído este documento en su totalidad, que lo entiendo plenamente y que todos los espacios en blanco fueron completados o tachados antes de colocar mi firma.

Deseo continuar con el procedimiento de estabilización protectora recomendado.

Firma: _____ Fecha: _____
Paciente o tutor

Firma: _____ Fecha: _____
Dentista tratante

Firma: _____ Fecha: _____
Testigo