

Con el fin de ser un aporte para la profesión Odontológica, el Colegio de Cirujano Dentistas de Chile A.G., informa al gremio los siguientes lineamientos referentes al consentimiento informado:

1.- Aspectos Generales del Consentimiento Informado.

De conformidad a lo dispuesto en la Ley 20.584 que regula Los Derechos y Deberes de las Personas en relación con las acciones vinculadas a su atención en salud, toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud. Este derecho debe ser ejercido en forma libre, voluntaria, expresa e informada, para lo cual será necesario que el profesional tratante entregue información adecuada, suficiente y comprensible. Por regla general, este proceso se efectuará en forma verbal, **pero deberá constar por escrito en el caso de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y, en general, para la aplicación de procedimientos que conlleven un riesgo relevante y conocido para la salud del afectado.** En estos casos, tanto la información misma, como el hecho de su entrega, la aceptación o el rechazo deberán constar por escrito en la ficha clínica del paciente y referirse, al menos, a los siguientes contenidos:

- Estado de salud del paciente;
- Diagnostico de su enfermedad;
- Alternativas de tratamiento disponibles para su recuperación y de los riesgos que ello pueda representar así como del pronóstico esperado, y del proceso previsible del postoperatorio cuando procediere, de acuerdo con su edad y condición personal y emocional.

Se presume que la persona ha recibido la información pertinente para la manifestación de su consentimiento, cuando hay constancia de su firma en el documento explicativo del procedimiento o tratamiento al cual deba someterse.

2.- Casos en que el consentimiento debe constar por escrito, considerando al menos procedimientos o tratamientos diagnóstico o terapéutico invasivo.

De conformidad a lo dispuesto en la Ley citada en el numeral anterior, y el “Reglamento Sobre Entrega De Información y Expresión De Consentimiento Informado” la entrega de información al paciente deberá constar por escrito en caso de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y, en general, para la aplicación de procedimientos que conlleven un riesgo relevante y conocido para la salud del afectado y dejarse constancia de la misma y del hecho de su entrega en la ficha clínica.

Según indica el Reglamento, se entiende por procedimiento diagnóstico o terapéutico invasivo todo aquel que, involucrando solución de continuidad de piel o mucosas o acceso instrumental a cavidades naturales que requieren ser realizados con técnicas estériles, producen en el paciente dolor que haga necesaria sedación o anestesia.

3.- Formato de Consentimiento Informado.

Teniendo presente lo anterior, todo consentimiento informado debe contener: el procedimiento o tratamiento a realizar, objetivos, características y potenciales riesgos, nombre y firma del paciente y del profesional responsable del procedimiento y fecha de la obtención del consentimiento.

Será obligatorio el Consentimiento Informado en los siguientes casos:

- Cirugía Bucal (simple y compleja)
- Cirugía periodontal
- Implantología
- Cirugía Máxilofacial
- Procedimiento imagenológicos con uso de medio de contraste.

Por último, a continuación se presenta un formato tipo y general de Consentimiento Informado.

La información proporcionada en el siguiente documento y formato tipo entregado, es solo de carácter referencial y de guía para el profesional, quién atendiendo los casos a tratar deberá seguir las formalidades previstas en la Ley 20.982 y su Reglamento, eximiéndose el Colegio de Cirujano Dentistas de Chile A.G. de cualquier tipo de responsabilidad.



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ODONTOLOGIA
(Uso autorizado solo a dentistas colegiados)

Nombre paciente:

RUT:.....

1.- He consultado con el profesional Odontólogo quien me ha explicado y he sido informado(a) que se realizará EL SIGUIENTE PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO A REALIZAR: Y SE ME HA EXPLICADO LOS OBJETIVOS, CARACTERÍSTICAS Y POTENCIALES RIESGOS PARA MI SALUD, QUE CONLLEVA ESTE.

2.- Doy mi consentimiento para lo enunciado precedentemente. Sí:----- NO:----

NOMBRE DEL PACIENTE:

FIRMA DEL PACIENTE:

En caso de menores de edad o pacientes que dificultad de entendimiento o compromiso de conciencia:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE O TUTOR LEGAL:

FIRMA DEL REPRESENTANTE:

NOMBRE DEL CIRUJANO DENTISTA:

FIRMA:

FECHA: