

# INFORMACIÓN PARA PACIENTES: “INMOVILIZACION A MENORES EN PROCESO ODONTOLOGICO”

# El presente documento permite entregar información al paciente respecto a la cirugía específica a realizar, por lo que NO CONSTITUYE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

El CONSENTIMIENTO INFORMADO, debe ser llenado en el formulario en la página web: www.hospitalcurico.cl, en el enlace: [***https://intranet.hospitalcurico.cl/projects/consentimiento***](https://intranet.hospitalcurico.cl/projects/consentimiento)

**Objetivos del procedimiento:**

Otorgar seguridad en atención, evitando movilizaciones imprevistas que dificulten la atención.

**Descripción del procedimiento:**

Idealmente se dese a que el menor y familiar coopere con la atención evitando movimientos. En caso contrario el paciente será contenido en forma física por el adulto que lo acompañe, de la manera en que el profesional le indique, en casos muy difíciles se hará uso de elementos mecánicos de contención (Chaleco de contención) más la contención física realizada por el adulto acompañante del paciente.

**Riesgos del procedimiento:**

Trauma físico y psíquico.

**Alternativas al procedimiento propuesto:**

Atención dental bajo anestesia general que implica riesgos mayores que el eventual beneficio.

**Consecuencias de no aceptar el procedimiento:**

No poder realizar atención del paciente, al no poder limitar movimientos riesgosos para el tratamiento, o atraso en su atención.

**Mecanismo para solicitar más información:**

Puede pedir información al odontólogo tratante y/o Jefe del Servicio de Odontología. Puede aceptar o rechazar el procedimiento, si cambia de opinión debe informar a su odontólogo antes de realizar la extracción.

**Revocabilidad**

Se me señala, que hacer si cambio de idea tanto en aceptar o rechazar el procedimiento, cirugía o terapia propuesta.