

CONSENTIMIENTO INFORMADO

EXPLORACIÓN RADIOGRÁFICA



El presente consentimiento informado ha sido elaborado por el Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de A Coruña - ICOEC - con el objetivo de garantizar que usted ha sido informad@ de todas las complicaciones y alternativas terapéuticas del presente tratamiento y como garantía de una atención clínica de calidad.



Los profesionales sanitarios y el personal de esta clínica se compromete a informarle de todas las posibles modificaciones de la planificación inicial del tratamiento, cumpliendo así con los criterios éticos de nuestro código profesional.

El código ético de este odontólogos y estomatólogos está disponible en la página web de este colegio profesional: www.icoec.es

Al tiempo que nuestra clínica y usted nos vinculamos a través de este consentimiento informado, usted se compromete a realizar las revisiones y el mantenimiento específico e indicado para cada uno de los tratamientos. Recuerde que este mantenimiento es esencial para prolongar y asegurar la duración y calidad de nuestros tratamientos.



Datos / sello de la clínica dental

CONSENTIMIENTO INFORMADO

EXPLORACIÓN RADIOGRÁFICA



Clínica

Dr./Dra.

Colegiado nº

CONSENTIMIENTO INFORMADO EXPLORACIÓN RADIOGRÁFICA

D.....
mayor de edad con DNI nº
D.....
En calidad de padre, madre, tutor o representante legal con DNI nº

Declaro que:

El doctor/a abajo firmante, me ha explicado e informado que es conveniente, proceder a la realización de una exploración radiográfica para el diagnóstico de mi proceso clínico:

Panorámica Periapical Tomografía Lateral de Articulación
Número de radiografías requeridas:

También me ha aportado la siguiente información:

1. El propósito principal de esta prueba diagnóstica es obtener una imagen detallada de una determinada zona de la cavidad oral (radiografía periapical) o bien de los cuatro cuadrantes en que se divide la boca (radiografía panorámica), en dichas imágenes observaremos las diferentes dientes y tejidos que los rodean.
2. Me han explicado que el objetivo de esta radiografía es conseguir una imagen que nos permita diagnosticar diferentes patologías, como son caries, procesos infecciosos y otros.
3. Comprendo que la exposición a la radiación (Dosis promedio para radiografías dentales es de cerca de 1 a 3 mrad – 0,00001 a 0,00003 Gy por película) utilizando este tipo de técnicas radiográficas es muy baja, aunque el operador intentara hacer siempre el menor número de radiografías posibles.
4. Me han explicado que durante el procedimiento debo estar solo, sin moverme sujetando la placa en caso de radiografías periapicales o en la empuñadura en caso de radiografía panorámica como me ha explicado la persona encargada del proceso. En el caso de que no pudiera realizar este procedimiento yo solo, necesitaría ayuda de un familiar que nunca sería una mujer embarazada.
5. Igualmente comprendo que se trata de un procedimiento que puede ser realizado por un odontólogo, auxiliar de odontología, o radiólogo debidamente autorizado.
6. También me han advertido de que existen elementos que tiene por objeto reducir la radiación sobre zonas importantes del organismo como pueden ser los protectores o chalecos plomados y la importancia de la utilización de los mismos.
7. La persona encargada me ha explicado que debo retirarme los objetos de metal que tenga en la cabeza y cuello.
8. ¿Esta usted en estado de gestación?
 Sí No No sabe

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el /la persona encargada me ha atendido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas planteadas. En tales condiciones, CONSIENTO que se me realice el procedimiento, y para que conste firmo el presente documento.

En a de de
Paciente e o representante legal
Profesional..... N° Colegiado

INFORME DE ALTA EXPLORACIÓN RADIOGRÁFICA

Datos personales

Nombre Apellidos
D.N.I. Dirección C.P.
Teléfono Email

Diagnóstico y pruebas complementarias

Diagnóstico inicial

Pruebas complementarias realizadas

Tratamientos realizados y estado actual

Tratamientos realizados

Estado actual

Recomendaciones – Mantenimiento – Fármacos necesarios

Recomendaciones - Mantenimiento

Paciente o representante legal

Profesional Colegiado N°