

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Dra. Alicia Picapedra

Directora Servicio de Registro

ORCID: [0000-0003-0166-1145](https://orcid.org/0000-0003-0166-1145)

El consentimiento informado es un documento obligatorio, que siempre deberá formar parte de cualquier acto odontológico, por constituir un derecho del paciente y un deber del profesional. Por consiguiente, su no realización puede configurar responsabilidad civil ⁽¹⁾.

Toda prestación de salud será acordada en forma bipartita, por medio de un contrato que establezca derechos y obligaciones recíprocas ⁽²⁾.

Una correcta relación paciente-odontólogo, caracterizada por la confianza mutua, se cimienta en una información apropiada, previa, permanente y en lenguaje comprensible, sobre procedimientos diagnósticos, riesgos inherentes, posibles complicaciones, y factores endógenos y exógenos, ajenos al actuar del dentista, que influyen sobre los terapéuticos ⁽¹⁾.

Asimismo, es menester que se contemple la autonomía, libertad y voluntad del paciente o su representante legal, para que su decisión no sea blanco de ninguna clase de persuasión, coacción y/o manipulación ⁽²⁾.

El creciente grado de conocimiento y concientización de la población sobre sus facultades y la falta de preparación del profesional en temas legales, han desembocado en un palmario incremento de demandas en su contra ⁽²⁾.

En este contexto, el consentimiento informado adquiere un rol estratégico en casos de lides judiciales, al igual que la historia clínica, pues es el odontólogo quien debe probar que no incurrió en error, siendo válido solamente en forma escrita y firmado por ambas partes ⁽²⁾.

Su contenido, consagrado en los artículos 25° y 26° del Decreto 274 de 2010, que reglamenta la Ley N° 18.335 de 2008, incluirá los siguientes ítems:

- Identificación del servicio de salud.
- Identificación del paciente, o de quien presta el consentimiento en su representación y declaración jurada de su legitimación.
- Identificación del profesional que informa.
- Identificación y descripción del procedimiento.
- Objetivos y beneficios que se pretenden alcanzar.
- Consecuencias probables de la realización y de la no realización del procedimiento.
- Riesgos frecuentes.
- Riesgos poco frecuentes, cuando sean de especial gravedad y estén asociados al procedimiento, de acuerdo con el estado de la ciencia.
- Riesgos personalizados de acuerdo con la situación clínica del paciente.
- Advertencia sobre restricciones, estilo de vida, incomodidades, interacciones y contraindicaciones con otros procedimientos, tratamientos y medicamentos, respecto de la situación actual del paciente.
- Procedimientos alternativos, incluso los no disponibles en la institución pública o privada donde se realiza la atención de salud, sus riesgos y beneficios.
- Declaración del paciente o de su representante de haber podido efectuar libremente cualquier pregunta y de que comprendió adecuadamente la información.
- Consentimiento del paciente o su representante.
- Declaración del paciente o su representante de que conoce que el consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, sin expresión de la causa de la revocación.
- Lugar y fecha.
- Constancia de que el paciente o el representante recibe una copia de dicho documento.



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCIÓN DE URGENCIA DURANTE LA PANDEMIA DE CORONAVIRUS COVID-19

En cumplimiento de los derechos y obligaciones de los pacientes, en materia de información y documentación clínica y de las recomendaciones de la Dirección General de la Salud, del MSP, del 31 de marzo de 2020, ante el estado de emergencia nacional sanitaria por COVID-19.

Yo,..... con C.I..... como paciente, o como representante legal de con CI, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, DECLARO que:

e/la Dr/Dra..... me ha explicado, en términos comprensibles, que necesito la realización del tratamiento odontológico, indicado para mi motivo de consulta;

se me ha interrogado si, en los últimos 14 días, he padecido algunos de los siguientes síntomas:

Fiebre Fatiga Tos Dolor de garganta Dificultad para respirar Falta de apetito

Pérdida de gusto y/o olfato Dolores musculares Otros _____

se me ha advertido sobre las vías de transmisión del COVID-19 (gotas de saliva y contacto directo con superficies contaminadas), por lo cual, tanto él/ella como yo, estamos más expuestos a la eventual dispersión de aerosoles, y a la necesidad de disminuir la distancia aconsejada, a menos de 50 centímetros.

Tratamiento(s) propuesto(s) _____

Riesgos del (de los) procedimiento(s) _____

Manifiesto, además, que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

En tales condiciones, **CONSIENTO** en que sea llevado a cabo el tratamiento de urgencia adecuado.

Montevideo, de de 20.....

_____ Aclaración _____ C.I. _____

Firma del paciente (o responsable)

Profesional responsable de la Clínica de _____

Firma del Profesional responsable _____ Aclaración _____ N°CJPPU _____



DOCUMENTO DE CON SENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DURANTE LA PANDEMIA DE CORONAVIRUS COVID-19

En cumplimiento de los derechos y obligaciones de los pacientes, en materia de información y documentación clínica y de las recomendaciones de la Dirección General de la Salud, del MSP, del 31 de marzo de 2020, ante el estado de emergencia nacional sanitaria por COVID-19.

Yo,..... con C.I..... como paciente, o como representante legal de con CI, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, DECLARO que:

e/la Dr/Dra..... me ha explicado, en términos comprensibles, que necesito la realización del tratamiento odontológico, indicado para mi motivo de consulta;

se me ha interrogado si, en los últimos 14 días, he padecido algunos de los siguientes síntomas:

Fiebre Fatiga Tos Dolor de garganta Dificultad para respirar Falta de apetito

Pérdida de gusto y/o olfato Dolores musculares Otros _____

se me ha advertido sobre las vías de transmisión del COVID-19 (gotas de saliva y contacto directo con superficies contaminadas), por lo cual, tanto él/ella como yo, estamos más expuestos a la eventual dispersión de aerosoles, y a la necesidad de disminuir la distancia aconsejada, a menos de 50 centímetros.

Tratamiento(s) propuesto(s)

Riesgos del (de los) procedimiento(s)

Manifiesto, además, que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

En tales condiciones, **CON SIENTO** en que sea llevado a cabo el tratamiento adecuado.

Montevideo, de de 20.....

_____ Aclaración _____ C.I. _____

Firma del paciente (o responsable)

Profesional responsable de la Clínica de _____

Firma del Profesional responsable _____ Aclaración _____ N° CJPPU _____

Referencias

1. Uruguay. Decreto N° 274/010, Reglamentación de la Ley N° 18.335 Sobre Derechos y Obligaciones de Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud Disponible en <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/274-2010> [22 abr. 2020]
2. Paulete Vanrell J. Odontología Legal e Antropología Forense. 3ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019
3. Universidad de la República. Facultad de Odontología. Pautas para prestaciones odontológicas en el marco de la emergencia sanitaria nacional ante la COVID-19. Disponible en: <https://odon.edu.uy/odon/images/PautasCOVID19.pdf>
Acceso: 12/5/2020
4. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Recomendaciones del Ministerio de Salud Pública para profesionales odontólogos e higienistas dentales. Prevención y control de coronavirus COVID-19. 2020. Disponible en <https://odon.edu.uy/sitios/comiteemergenciafo/wp-content/uploads/sites/66/2020/04/recomendaciones-odontologos-V1-31-marzo.pdf> Acceso: 22 abr. 2020