



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Programa de ortodoncia solidaria: Tratamiento con Ortodoncia y/u Ortopedia Dentomaxilar

1. OBJETIVO Y DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO

He sido informado(a) de que el tratamiento propuesto corresponde a un programa de ortodoncia y/o ortopedia dentomaxilar orientado a corregir alteraciones en la posición dentaria, el crecimiento de los maxilares, la relación de mordida y determinadas funciones asociadas al desarrollo craneofacial.

El tratamiento podrá incluir, según las necesidades clínicas del paciente:

- Instalación de brackets metálicos y accesorios ortodóncicos.
- Uso de aparatología ortopédica fija y/o removible.
- Uso de elásticos intermaxilares y otros dispositivos complementarios.
- Controles clínicos periódicos y ajustes terapéuticos.
- Registro fotográfico, radiográfico y digital para diagnóstico y seguimiento.
- Uso de retenedores y controles post tratamiento para mantener la estabilidad lograda.
- Participación en talleres educativos dirigidos a padres, madres y/o cuidadores.
- Solicitud de antecedentes médicos o escolares cuando sean necesarios para una evaluación integral del paciente.

Dependiendo del diagnóstico individual, podrían requerirse procedimientos complementarios tales como:

- Extracciones dentarias.
- Desgastes interproximales.
- Interconsultas con otros especialistas como profesionales especializados en disfunciones de la articulación temporomandibular, alteraciones de la fonación y anomalías en la postura lingual y labial, cuando sea necesario para una evaluación integral.
- Procedimientos de cirugía oral o periodontal.

2. OBJETIVOS Y BENEFICIOS ESPERADOS

El tratamiento busca:

- Mejorar la alineación dentaria y la relación de mordida.
- Guiar adecuadamente el crecimiento y desarrollo maxilofacial.
- Favorecer funciones como respiración, masticación y postura lingual.
- Mejorar la salud oral y facilitar la higiene.
- Favorecer la armonía facial y el bienestar general del paciente.

Comprendo que no es posible garantizar resultados exactos ni tiempos específicos de tratamiento, debido a factores biológicos individuales, crecimiento, cooperación del paciente y cumplimiento de las indicaciones clínicas.

3. RIESGOS Y POSIBLES COMPLICACIONES

He sido informado(a) de que durante el tratamiento podrían presentarse situaciones como:

- Asociadas a ortodoncia fija
- Sensibilidad o dolor dental transitorio.
- Irritación de labios, mejillas o lengua.
- Desprendimiento o fractura de brackets y accesorios.
- Dificultad temporal para hablar o masticar.
- Acumulación de placa bacteriana.
- Caries, manchas blancas o desmineralización del esmalte.
- Inflamación gingival o enfermedad periodontal asociada a higiene deficiente.
- Reabsorción radicular.
- Movilidad dental temporal.

Asociadas a ortopedia dentomaxilar:

- Incomodidad inicial por adaptación a los aparatos.
- Alteraciones transitorias del habla.
- Irritación de tejidos blandos.
- Fractura, pérdida o deterioro de aparatología removible.
- Resultados insuficientes en caso de baja colaboración.

Riesgos generales:

- Prolongación del tratamiento por ausencias o incumplimientos.
- Recidiva o movimiento posterior de los dientes.
- Necesidad de modificar el plan inicialmente propuesto.
- Molestias musculares o articulares transitorias.

4. RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE Y/O REPRESENTANTE LEGAL

Me comprometo a:

- Asistir regularmente y con puntualidad a los controles programados.
- Mantener una adecuada higiene oral.
- Cumplir las indicaciones entregadas por el profesional tratante.
- Utilizar correctamente los aparatos, elásticos y retenedores indicados.
- Evitar hábitos o alimentos que puedan dañar la aparatología.
- Informar oportunamente cualquier molestia, fractura o pérdida de aparatos.
- Cumplir con tratamientos dentales complementarios y controles preventivos indicados.

Comprendo que el incumplimiento de estas indicaciones puede afectar negativamente el resultado del tratamiento, aumentar su duración e incluso determinar la suspensión o exclusión del programa.

5. DURACIÓN DEL TRATAMIENTO

El tiempo estimado del tratamiento podrá variar según:

- Diagnóstico y complejidad del caso.

- Crecimiento y desarrollo del paciente.
- Respuesta biológica individual.
- Nivel de cooperación del paciente y su entorno familiar.
- Cumplimiento de las indicaciones y asistencia a controles.

6. RETENCIÓN Y ESTABILIDAD

Comprendo que una vez finalizada la fase activa del tratamiento será indispensable el uso de retenedores y controles periódicos para mantener los resultados obtenidos.

Asimismo, entiendo que los dientes pueden experimentar movimientos naturales con el paso del tiempo y que la estabilidad del tratamiento dependerá directamente del uso responsable de retenedores y controles posteriores.

7. CONDICIONES DEL PROGRAMA ORTODONCIA SOLIDARIA

Declaro comprender y aceptar las siguientes condiciones:

- Los horarios de atención del programa corresponden de lunes a viernes entre las 10:00 y las 18:30 horas.
- La asistencia y puntualidad son fundamentales para el correcto desarrollo del tratamiento.
- La inasistencia injustificada o atrasos significativos podrán afectar la continuidad y evolución clínica del caso.
- En caso de ausencia a una cita confirmada, el paciente deberá cancelar la suma de \$45.000 para reagendar la atención o esperar disponibilidad del siguiente control mensual.
- La acumulación de más de tres inasistencias podrá determinar alta disciplinaria y pérdida del beneficio del programa.
- En caso de exclusión, el tratamiento podrá continuar bajo los aranceles habituales o preferenciales definidos por la clínica.
- En caso de desprendimiento de brackets o daños en la aparatología, la reposición se realizará en el siguiente control programado salvo indicación distinta del profesional tratante.
- El costo del tratamiento podrá ajustarse una vez al año según la variación del IPC.

8. PARTICIPACIÓN EN TALLERES EDUCATIVOS

El Programa Ortodoncia Solidaria busca acompañar integralmente el desarrollo físico, emocional y neurocognitivo de niños, niñas y adolescentes. Por esta razón, los talleres educativos forman parte activa y obligatoria del programa.

Muchos problemas relacionados con el desarrollo craneofacial y la salud oral pueden asociarse a factores como:

- Respiración bucal.
- Alteraciones del sueño.
- Uso excesivo de pantallas.
- Trastornos del lenguaje.
- Dificultades emocionales y conductuales.
- Hábitos disfuncionales durante el crecimiento.

Estos aspectos requieren acompañamiento familiar y orientación interdisciplinaria complementaria al tratamiento ortodóncico.

Los talleres podrán contar con participación de profesionales invitados tales como:

- Otorrinolaringólogos.
- Neurólogos.
- Psicólogos.
- Psiquiatras.
- Fonoaudiólogos.
- Terapeutas y otros especialistas afines.

Modalidad

- Talleres en vivo vía Zoom con participación activa y espacio para preguntas.
- Talleres grabados para visualización posterior con evaluación de contenidos.

Condiciones de participación

- Durante el año se realizarán actividades educativas orientadas a familias del programa.
- Algunos talleres podrán tener un valor que no superará los \$5.000 por actividad.
- También existirán talleres gratuitos organizados por la clínica o sus colaboradores.
- Los talleres se realizarán generalmente los días viernes en horario vespertino.

Compromiso de participación

Para mantener la participación activa dentro del Programa Ortodoncia Solidaria, las familias deberán asistir y participar en los talleres asignados por el equipo clínico según las necesidades educativas y terapéuticas del paciente.

Evaluación y seguimiento

Cada taller podrá incluir evaluaciones breves de aprendizaje y comprensión. En caso de participación insuficiente o incumplimiento reiterado de las actividades educativas, el equipo clínico podrá reevaluar la continuidad del paciente dentro del programa.



9. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro que:

- He recibido información clara, suficiente y comprensible respecto al tratamiento propuesto.
- He tenido la posibilidad de realizar preguntas y todas han sido respondidas satisfactoriamente.
- Comprendo los beneficios, riesgos, limitaciones y alternativas del tratamiento.
- Acepto voluntariamente que mi hijo(a) y/o pupilo(a) participe en el Programa Ortodoncia Solidaria.
- Me comprometo a cumplir las normas, responsabilidades y requisitos establecidos en este documento.

REPRESENTANTE LEGAL

Nombre	
Firma	
RUT	
Fecha	
Nombre paciente	
Rut paciente	
Fecha de nacimiento de paciente (DD/MM/AAA)	