



MINISTERIO SALUD
HOSPITAL "HERMILIO VALDIZAN"
DIRECCION GENERAL



Nº 028 -DG/HHV-2025

Resolución Directoral

Santa Anita, 03 enero de 2025

Visto, el Expediente N° 24MP-17566-00, conteniendo la Nota Informativa N° 118-SO-HHV-2024 del 30 de noviembre de 2024, de actualización de acto resolutivo, solicitado por el Jefe del Departamento de Servicios Médicos, sobre aprobación de formatos de historia clínica y consentimientos informados de Odontoestomatología del Hospital Hermilio Valdizán, y;

CONSIDERANDO:

Que, el Artículo I del Título Preliminar de la Ley General de Salud Ley N° 26842, establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, siendo responsabilidad del estado regularla, vigilarla y promoverla, así como garantizar una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población en condiciones de seguridad, oportunidad y calidad,

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud el cual, establece como uno de sus componentes la Garantía y Mejoramiento de la Calidad, estableciendo Garantía y Mejoramiento de la Calidad, siendo uno de sus principales procesos, ofrecer la seguridad del paciente con herramientas prácticas para hacer más seguros los procesos de atención protegiéndolo de riesgos evitables;

Que, según la Norma Técnica N° 139-MINSA/2018/DGAIN Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica tiene la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de atención a los usuarios de los servicios de salud a través de un adecuado manejo, conservación y eliminación de las Historias Clínicas, así como proteger los intereses legales de los usuarios, del personal de salud y de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS del sector Salud;

Que, mediante documento de visto, el Servicio de Odontoestomatología y el Jefe del Departamento de Servicios Médicos solicitan la actualización de la Resolución Directoral N° 271-DG/HHV-2018, de fecha 28 de diciembre de 2018, de aprobación de formatos de historia clínica y consentimientos informados de Odontoestomatología del Hospital Hermilio Valdizán, del cual se requiere la aprobación de:

- Formato de Historia Clínicas de Odontología (pag.03)
- Consentimiento Informado para Periodoncia (pag.18)
- Consentimiento Informado para Obturaciones (pag.19)
- Consentimiento Informado para Endodoncia (pag.20)
- Consentimiento Informado para Exodoncia Simple (pag.21)
- Consentimiento Informado para la Exodoncia de la Tercera Molar (pag.22)
- Consentimiento Informado para Exodoncia Quirúrgica de Terceros Molares Incluidos (pag.23)
- Consentimiento Informado para Cirugía Oral Menor (pag.24)
- Consentimiento Informado para la Realización de la Cirugía Periapical y apicectomía (pag.25).
- Consentimiento para toma de imágenes y autorización para su uso (pag.26)



- Consentimiento Informado para la Sujeción/Contención Mecánica en Pacientes con Problemas de Salud Mental y Psiquiátrico (pag.27).
- Flujograma Inicial del Servicio de Odontoestomatología-HHV (pag.28).
- Flujograma Paciente con Urgencia del Servicio de Odontoestomatología-HHV (pag.29).
- Flujograma Paciente Nuevo y/o Continuator del Servicio de Odontoestomatología-HHV (pag.30).

Que, siendo así, estando a la opinión favorable de la Oficina de Asesoría Legal según Informe N° 15-OAJ-HHV-2025 de fecha 09 de enero de 2025, resulta necesario emitir el acto resolutorio que corresponda;

Contándose con la visación del Departamento de Servicios Médicos, Oficina de Gestión de la Calidad y Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica;

En uso de las facultades conferidas por el Artículo 11° inciso c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Hermilio Valdizán, aprobado por Resolución Ministerial N° 797-2003- SA/DM;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Dejar sin efecto, la Resolución Directoral N° 271-DG/HHV-2018 de fecha 28 de diciembre de 2018.

Artículo 2°.- Actualizar el "Formato de Historia Clínica y Consentimientos Informados de Odontoestomatología del Hospital Hermilio Valdizán", el cual consta de treinta y cuatro (34) páginas y que en documento adjunto forma parte de la presente Resolución;

Artículo 3°.- DISPONER al Servicio de Odontoestomatología, difunda los formatos y consentimientos; así mismo informará periódicamente a la Dirección General sobre su desarrollo.

Artículo 4°.- ENCARGAR a la Oficina de Estadística e Informática, la publicación de la presente Resolución en el Portal Web Institucional del Hospital Hermilio Valdizán.

Regístrese, Comuníquese y Publíquese,

VAAM/RFS/CRMA
DISTRIBUCIÓN
OEA
OEPE
DPS
OAJ
OEI

MINISTERIO DE SALUD
"HOSPITAL HERMILO VALDIZAN"
Dr. Víctor Alexis Alcazar Mendoza
Director General
C.M.P. 034622 R.N.E. 027966



Líder en Psiquiatría y Salud Mental

SERVICIO DE ODONTOESTOMATOLOGÍA

Formatos de Historia clínica y consentimientos informados de Odontoestomatología

Director General: Víctor Alexis Alcázar Mendoza

Jefe del departamento de Servicios Médicos:

Dra. Rosario G. Alcocer Casimiro

Jefe del servicio de Odontoestomatología

Cd. Jorge Alejandro Reyes Saberbein.

2024

INDICE

	Pag.
1.- Caratula	01
2.- Índice	02
3.- Hoja de Evolución Historia Clínica Estandarizada HHV	03
4.- R.M. N°559-2022/MINSA	04
5.- Norma Técnica de salud para el uso de odontograma.	05
6.- Consentimiento informado para Periodoncia	18
7.- Consentimiento informado para Obturaciones	19
8.- Consentimiento informado para Endodoncia	20
9.- Consentimiento informado para Exodoncia Simple	21
10.- Consentimiento informado para Exodoncia de la Tercera Molar	22
11.- Consentimiento informado para Exodoncia Quirúrgica de Terceros Molares incluidos	23
12.- Consentimiento informado para Cirugía Oral Menor	24
13.- Consentimiento informado para la realización de la Cirugía Periapical Y Apicectomía.	25
14.- Consentimiento informado para Toma de Imágenes y autorización Para su Uso.	26
15.- Consentimiento informado para la Sujeción/contención mecánica En pacientes con problemas de salud mental y Psiquiátrico	27
16.- Flujograma Inicial del servicio de Odontoestomatología del HHV	28
17.- Flujograma paciente con Urgencia del servicio de Odontoestomatología	29
18.- Flujograma paciente nuevo y/o continuador del servicio de Odontoestomatología	30
19.- Anexos de Sujeción/contención mecánica	31
20.- Referencias	32
21.- Conflicto de Intereses	33



Resolución Directoral

Santa Anita, 28 de Diciembre del 2018

VISTOS:

El Memorando No. 304-DADG-HHV-2018, de fecha 22 de noviembre del 2018 y Expediente 18MP-17091-000; sobre aprobación del "Formato de Historia Clínica y Consentimiento Informado de Odontología" del Hospital Hermilio Valdizán y;

CONSIDERANDO:

Que, el Artículo I del Título Preliminar de la Ley General de Salud Ley N° 26842, establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, siendo responsabilidad del estado regularla, vigilarla y promoverla, así como garantizar una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población en condiciones de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" el cual, establece como uno de sus componentes la Garantía y Mejoramiento de la Calidad, estableciendo Garantía y Mejoramiento de la Calidad, siendo uno de sus principales procesos, ofrecer la Seguridad del Paciente con herramientas prácticas para hacer más seguros los procesos de atención protegiendo al paciente de riesgos evitables;

Que, según la Norma Técnica N° 139-MINSA/2018/DGAIN Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica tiene la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de atención a los usuarios de los servicios de salud a través de un adecuado manejo, conservación y eliminación de las Historias Clínicas, así como proteger los intereses legales de los usuarios, del personal de salud y de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPRESS del sector Salud;

Que, mediante documento de visto, el Servicio de Odontología, mediante la Oficina de Gestión de la Calidad, remite a la Dirección General la propuesta para la aprobación de:

- Formato de Historia Clínicas de Odontología (pag.03)
- Consentimiento Informado para Obturaciones (pag.22)
- Consentimiento Informado para Periodoncia (pag.24)
- Consentimiento Informado para Endodoncia (pag.26)
- Consentimiento Informado para Exodoncia Simple (pag.28)
- Consentimiento Informado para Cirugía Oral Menor (pag.30 folios)
- Consentimiento Informado para Exodoncia Quirúrgica de Terceros Molares Incluidos (pag.32)

En uso de las facultades conferidas por el Artículo 11° inciso C) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Hermilio Valdizán, aprobado por Resolución Ministerial N° 797-2003-SA/DM; y, contando con la visación de la Dirección Adjunta de la Dirección General, Departamento de Servicios Médicos, Oficina de Gestión de la Calidad y Oficina de Asesoría Jurídica;



SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR el "Formato de Historia Clínica y Consentimientos Informados de Odontoestomatología del Hospital Hermilio Valdizán", el cual consta de treinta y cuatro (34) páginas y que en documento adjunto forma parte de la presente Resolución;

Artículo 2°.- DISPONER al Servicio de Odontoestomatología, difunda los formatos y consentimientos; así mismo informará periódicamente a la Dirección General sobre su desarrollo.

Artículo 3°.- ENCARGAR a la Oficina de Estadística e Informática, la publicación de la presente Resolución en el Portal Web Institucional del Hospital Hermilio Valdizán.

Regístrese, Comuníquese y Archívese,

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Hermilio Valdizán

M.C. Gloria Luz ~~Quirós~~ Vergara
Directora General (e)
C.M.P Nº 21499 R.N.E. 12799



GLCV.
DISTRIBUCIÓN
SDG.
OAJ.
OCI.
OGC.
Dpto. Servicios Médicos
INFORMÁTICA.



Resolución Directoral

Santa Anita, 17 de noviembre del 2021

VISTO:

El Expediente N° 21MP-08523-00 y el Memorando N° 002-CIHCL2021-HHV-2021, solicitando actualizar la Conformación del Comité Institucional de Historias Clínicas del Hospital Hermilio Valdizán; y,

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 26842 Ley General de Salud, establece en su Artículo 29° que el acto médico debe estar sustentado en una historia clínica veraz y suficiente que contenga las prácticas y procedimientos aplicados al paciente para resolver el problema de salud diagnosticado;

Que, la Historia Clínica aparece definido como el documento médico que registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata de la atención que el médico u otros profesionales brindan al paciente, según consigna el artículo 2° del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de apoyo, aprobado por Decreto Supremo N°013-2006-S.A;

Que, con Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, se aprueba la Norma Técnica de Salud N° 139-MINSA/2018/DGAIN "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", en cuyo numeral 4.1 Definiciones Operativas, menciona que el Comité Institucional de Historias Clínicas es el equipo de profesionales del área asistencial y administrativa, designados por la Dirección o Jefatura del Establecimiento de Salud, siendo responsable de velar por la calidad del registro de Historias Clínicas y demás formatos, a través del monitoreo, supervisión y evaluación del cumplimiento de la normatividad sobre la Historia Clínica y demás que indica dicha Norma Técnica;

Que, con Resolución Directoral N° 102-DG-HHV-2021, de fecha 12 de Julio del 2021, se actualizó la conformación del Comité Institucional de Historias Clínicas del Hospital Hermilio Valdizán; el cual se requiere modificar, a fin de incluir en dicho comité, al Lic. Pedro Edilberto Quispe Sotomayor, Jefe de la Oficina de Estadística e Informática según el acuerdo del Comité Institucional de Historias Clínicas, contenido en el Memorandum N° 002-CIHCL2021-HHV, por lo que se hace necesario emitir el respectivo acto resolutivo;

En uso de las facultades conferidas por el Artículo 11° inciso c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Hermilio Valdizán, aprobado por R.M. N° 797-2003-SA/DM; y, contando con la autorización de la Oficina de Estadística e Informática y Oficina de Asesoría Jurídica;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- CONFORMAR EL COMITÉ INSTITUCIONAL DE HISTORIAS CLINICAS, del Hospital Hermilio Valdizán, el cual quedará integrado por los siguientes profesionales:

Dra. Jheny Dalia Bernal Vergara
Coordinadora de la Unidad Funcional de Seguros – Referencia y Contrarreferencia

Presidenta

Dra. Giovanna Zapata Coacalla
Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad

Miembro

Lic. Nancy Lina Villegas Ccatamayo Jefa del Departamento de Enfermería	Miembro
Dr. Juan Carlos Lengua Sánchez Jefe del Departamento de Salud Mental del Niño y Adolescente	Miembro
Dr. Lizardo Alfredo Rodríguez Villacres Jefe del Departamento de Salud Mental en Familia	Miembro
Dra. Marcionila Estelita De la Cruz Amador Jefe del Servicio de Emergencia	Miembro
Dr. John Richard Loli Depaz Jefe del Servicio de Consulta Externa	Miembro
Dr. Jose Higinio Galindo Morales Jefe del Servicio de Hospitalización	Miembro
Lic. Nélide Amparo Geldres Villafuerte Jefa del Servicio de Psicología y Diagnóstico	Miembro
Lic. Sarita Susana Calizaya Jiménez Responsable de la Unidad Funcional de Estadística	Miembro
Bach. Violeta Margarita Valiente Caro Responsable del Equipo de Trabajo de Archivo Central	Miembro
Lic. Pedro Edilberto Quispe Sotomayor Jefe de Estadísticas e Informática	Miembro

Artículo 2°. - Dejar sin efecto la Resolución Directoral N° 102-DG-HHV-2021, de fecha 12 de Julio del 2021

Artículo 3°. - **ENCARGAR** a la Oficina de Estadística e Informática, la publicación de la presente Resolución en el Portal Web Institucional del Hospital Hermilio Valdizán.

Regístrese, Comuníquese y Archívese.

GLCV.
DISTRIBUCIÓN:
SDG.
Ofic. Estadística.
UFS.
OAJ.
INFORMÁTICA
INTERESADOS.

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Hermilio Valdizán
M.C. Gloria Luz Cueva Vergara
Directora General (e)
C.M.P N° 21499 R.N.E. 12799

Fecha y Hora de Impresión :

HCL:

N° Archivo Clínico :

HISTORIA CLINICA ESTANDARIZADA - HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN

Apellidos y Nombres :

Médico :

Servicio : CONSULTA EXTERNA - ODONTOLOGIA

Acompañante:

Edad (años) :

CITA N° :

Financiador :

Fecha : Hora:

MOTIVO DE LA CONSULTA

EVOLUCION

N°	CIE10	DIAGNOSTICO
----	-------	-------------

01

02

N°	Codigo	Procedimiento	CPT	Cant.
----	--------	---------------	-----	-------

Procedimiento

CPT

Cant.

PRESCRIPCION MEDICA



Resolución Ministerial

Lima, 25 de Julio del 2022



J. DELGADO

Visto, el Expediente N° 21-019816-001, que contiene los Informes N° 01-2021-CSR-DSABU-DGIESP/MINSA, N° 04-2021-CSR-DSABU-DGIESP/MINSA, N° 05-2021-CSR-DSABU-DGIESP/MINSA y N° 09-2022-CSR-DSABU-DGIESP/MINSA, de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, y los Informes N° 1695-2021-OGAJ/MINSA y N° 546-2022-OGAJ/MINSA, de la Oficina General de Asesoría Jurídica;



J. Canúa

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establecen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;



Que, el numeral 1 del artículo 3 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, señala como ámbito de competencia del Ministerio de Salud, la salud de las personas;



Que, el artículo 4 del citado Decreto Legislativo dispone que el Sector Salud está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y que tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva. Asimismo, el numeral 4-A1 del artículo 4-A del mencionado Decreto Legislativo, modificado por el Decreto Legislativo N° 1504, Decreto Legislativo que fortalece al Instituto Nacional de Salud para la prevención y control de las enfermedades, ha previsto que la potestad rectora del Ministerio de Salud comprende la facultad que tiene para normar, supervisar, fiscalizar y, cuando corresponda, sancionar, en los ámbitos que comprenden la materia de salud;

Que, los literales b) y h) del artículo 5 del acotado Decreto Legislativo, modificado por Decreto Legislativo N° 1504, establecen que son funciones rectoras del Ministerio de Salud formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de las enfermedades, recuperación, rehabilitación en salud, tecnologías en salud y buenas prácticas en salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno, así como dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de la política nacional y políticas sectoriales de salud, entre otros;



M. ARAUJO Z.



L. GIL C.



A. HOLGUÍN

Que, el artículo 63 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA, modificado por Decreto Supremo N° 011-2017-SA, establece que la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública es el órgano de línea del Ministerio de Salud, dependiente del Viceministerio de Salud Pública, competente para dirigir y coordinar las intervenciones estratégicas en Salud Pública en materia de salud bucal, entre otras;

Que, en ese sentido, la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública ha propuesto la actualización de la NTS N° 150-MINSA/2019/DGIESP, Norma Técnica de Salud para el Uso del Odontograma, aprobada por Resolución Ministerial N° 272-2019/MINSA;

Que, la Oficina General de Asesoría Jurídica mediante los Informes N° 1695-2021-OGAJ/MINSA y N° 546-2022-OGAJ/MINSA, emite opinión legal, señalando que resulta legalmente procedente la expedición de la Resolución Ministerial que aprueba la Norma Técnica de Salud precitada;

Estando a lo propuesto por la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública;

Con el visado del Director General de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, de la Directora General de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional, de la Directora General de la Dirección General de Operaciones en Salud, de la Directora General de la Dirección General de Personal de la Salud, del Director General (e) de la Oficina General de Asesoría Jurídica, del Viceministro de Salud Pública y del Viceministro (e) de Prestaciones y Aseguramiento en Salud; y,

De conformidad con lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, modificado por la Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud y por el Decreto Legislativo N° 1504, Decreto Legislativo que fortalece al Instituto Nacional de Salud para la prevención y control de las enfermedades; y, el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA, modificado por los Decretos Supremos N° 011-2017-SA y N° 032-2017-SA;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar la NTS N° ~~188~~ -MINSA/DGIESP-2022, Norma Técnica de Salud para el Uso del Odontograma, que como Anexo forma parte de la presente Resolución Ministerial.

Artículo 2.- Derogar la Resolución Ministerial N° 272-2019/MINSA, que aprueba la NTS N° 150-MINSA/2019/DGIESP, Norma Técnica de Salud para el Uso del Odontograma.

Artículo 3.- Encargar a la Oficina de Transparencia y Anticorrupción de la Secretaría General la publicación de la presente Resolución Ministerial y su Anexo en la sede digital del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

JORGE ANTONIO LÓPEZ PEÑA
Ministro de Salud



J. DELGADO



J. Cardia



E. VERA



V. ALARCÓN



M. ARAUJO Z.



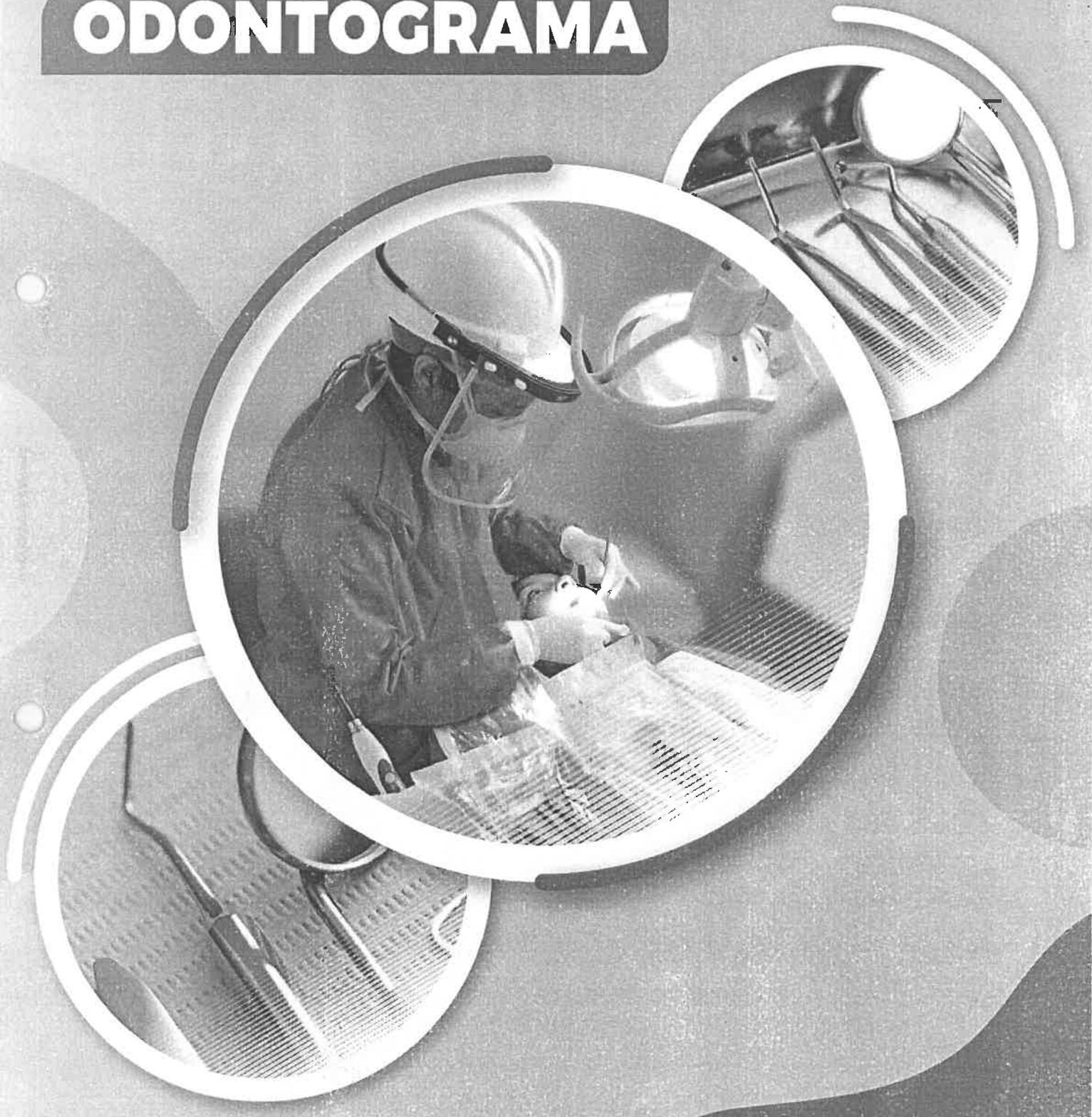
L. GIL C.



A. HOLGUÍN

NORMA TÉCNICA N°188-MINSA / DGIESP-2022

Norma Técnica de Salud para el uso del **ODONTOGRAMA**



PERÚ Ministerio de Salud



Siempre



BICENTENARIO
DEL PERÚ

NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL USO DEL ODONTOGRAMA

I. FINALIDAD

Disponer de información estandarizada, contando con un instrumento técnico-legal para contribuir en la salud integral de la persona, familia y comunidad.

II. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Mejorar el uso del odontograma en la Unidad Productora de Servicios (UPS) donde tenga actividad el/la cirujano dentista.

2.2 OBEJTIVOS ESPECÍFICOS

- 2.2.1. Estandarizar el gráfico y la nomenclatura básica para el registro de hallazgos clínicos en el odontograma, permitiendo a la comunidad de cirujanos dentistas manejar la misma información; y,
- 2.2.2 Determinar los criterios para el registro de datos de las características, anomalías patológicas de las piezas dentarias, así como el registro de procedimientos estomatológicos realizados para el uso y manejo del odontograma en las diferentes UPS, pudiendo ser utilizados en aspectos clínicos, legales, forenses, estadísticos, de investigación o docencia.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Norma Técnica de Salud es de aplicación obligatoria en todos los establecimientos de salud públicos (del Ministerio de Salud, del Seguro Social de Salud – EsSalud, de los Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales, de las Sanidades de las Fuerzas Armadas – FFAA, de la Sanidad de la Policía Nacional del Perú -PNP, del Instituto Nacional Penitenciario- INPE), privados y mixtos.

IV. BASE LEGAL

- Ley N° 15251, Ley de Creación del Colegio Odontológico del Perú, y sus modificatorias.
- Ley N° 26842, Ley General de Salud, y sus modificatorias.
- Ley N° 27878, Ley de Trabajo del Cirujano Dentista.
- Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas, y su modificatoria.
- Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y sus modificatorias.



Candia



A. HOLGUÍN



L. GIL C.

- Decreto Supremo N° 016-2005-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 27878, Ley de Trabajo del Cirujano Dentista, y su modificatoria.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, y sus modificatorias.
- Decreto Supremo N° 039-2015-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional e Historias Clínicas Electrónicas.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y sus modificatorias.
- Resolución Ministerial N° 431-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Política de Seguridad de la Información del Ministerio de Salud – MINSA".
- Resolución Ministerial N° 978-2016/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 221-MINSA/2016/OGTI "Directiva Administrativa que autoriza el uso de la firma digital en los actos médicos y actos de salud".
- Resolución Ministerial N° 422-2017/MINSA, que aprueba la Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Caries Dental en Niñas y Niños.
- Resolución Ministerial N° 1069-2017/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 242-MINSA/2017/DGAIN "Directiva Administrativa que establece la Cartera de Atención de Salud en los establecimientos de salud del primer nivel de atención".
- Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", y sus modificatorias.



V. DISPOSICIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS

Para efectos de la presente Norma Técnica de Salud, se adoptan las siguientes definiciones:

- 1) **AMALGAMA DENTAL:** Aleación usada en restauraciones dentales directas. Compuesta de mercurio, limadura de plata, junto con otros elementos metálicos añadidos mejoran sus propiedades físicas y mecánicas ¹
- 2) **CORONA:** Es el reemplazo artificial de la corona clínica sustituyendo la estructura de la pieza dentaria que falta, colocada, rodeando la estructura coronal restante, o para ser colocado sobre un implante dental.¹
- 3) **CORONA CLÍNICA:** Porción del diente no cubierta por tejido blando, la cubre el esmalte dental y se encuentra expuesta a la cavidad bucal.²
- 4) **CORONA TEMPORAL:** Hace mención a una corona artificial de material provisional que se coloca sobre un diente dañado como dispositivo de protección inmediata. ¹
- 5) **DIASTEMA:** Espacio entre 2 dientes adyacentes en el mismo arco dental.¹



- 6) **EDÉNTULO TOTAL:** Pérdida total los dientes deciduos y/o permanentes ya sea del maxilar superior, del maxilar inferior o de ambos maxilares.¹
- 7) **ESPIGO – MUÑÓN:** Dispositivo similar a un vástago, el cual es diseñado para ser colocado en el espacio del canal radicular preparado de la pieza dentaria con la finalidad de proporcionar mayor soporte estructural para una posterior rehabilitación.
- 8) **FRACTURA DENTAL:** Ruptura que genera una discontinuidad en la pieza dentaria; la etiología es variada.
- 9) **FUSIÓN:** Es la unión entre la dentina y/o esmalte de 2 o más piezas dentarias desarrollados separadamente. Radiográficamente, se observan 2 piezas dentarias con 2 coronas, 2 raíces y 2 canales radiculares.
- 10) **GEMINACIÓN:** Es la división de un germen dentario en 2. Radiográficamente, las geminaciones se presentan con una raíz y un canal radicular, pero con 2 coronas y 2 cámaras pulpares.
- 11) **GIROVERSIÓN:** Rotación de una pieza dentaria sobre su eje longitudinal.
- 12) **IMPACTACIÓN:** Pieza dentaria que no erupcionó en su totalidad por alguna barrera física interpuesta durante la erupción.
- 13) **IMPLANTE DENTAL:** Dispositivo mecánico que es colocado en el hueso a través de él, para sustituir una o más piezas dentarias.
- 14) **INCRUSTACIÓN:** Restauración que consiste en el reemplazo parcial de la corona de una pieza dentaria en exacta correspondencia con la cavidad tallada por el cirujano dentista.
- 15) **IONÓMERO DE VIDRIO:** Material odontológico resultante de la mezcla de polvo de vidrio de aluminosilicatos conteniendo fluoruro y ácido carboxílico polimérico; tiene múltiples usos.
- 16) **LESIÓN DE CARIES DENTAL:** Disolución química de la superficie dentaria producto de la interacción entre la biopelícula (placa dental) conformada por depósitos microbianos en la superficie dentaria, manifestándose con la presencia de una superficie dental, la cual puede evidenciarse como lesión cavitada o no cavitada.
- 17) **MACRODONCIA:** Hallazgo clínico donde se identifica una o múltiples piezas dentarias de mayor tamaño comparado con las dimensiones estándar promedio, atribuido a la herencia y/o a causas idiopáticas.
- 18) **MICRODONCIA:** Hallazgo clínico donde se identifica una o múltiples piezas dentarias de menor tamaño comparado con las dimensiones estándar promedio. Atribuido a la herencia y/o a causas idiopáticas.
- 19) **MOVILIDAD PATOLÓGICA:** Movimiento de una pieza dentaria en su alveolo resultante de una fuerza aplicada.
- 20) **PIEZA DENTARIA AUSENTE:** Pieza dentaria que no se encuentra presente clínicamente en la boca.
- 21) **PIEZA DENTARIA ECTÓPICA:** Pieza dentaria que ha erupcionado fuera del lugar que le corresponde.
- 22) **PIEZA DENTARIA EN ERUPCIÓN:** Pieza dentaria en proceso de erupción según cronología dentaria y que se evidencia clínicamente



J. Candia



A. HOLGUÍN



L. GIL C

- 23) **PIEZA DENTARIA SUPERNUMERARIA:** Anomalía de número, consiste en el aumento del número de piezas dentarias que normalmente se presentan en el arco dentario. La(s) pieza(s) dentaria(s) puede(n) encontrarse erupcionada(s) o no erupcionada(s).
- 24) **PRÓTESIS DENTAL PARCIAL FIJA:** Aditamento que sustituye los dientes perdidos o ausentes con coronas o restauraciones cementadas sobre pilares.
- 25) **PRÓTESIS DENTAL PARCIAL REMOVIBLE:** Aditamento que sustituye las zonas de las piezas dentarias pérdidas o ausentes, pudiendo ser retirado y repuesto en su lugar por el paciente.
- 26) **PRÓTESIS DENTAL COMPLETA MAXILAR:** Aditamento que sustituye todas las piezas dentarias pérdidas o ausentes del maxilar superior.
- 27) **PRÓTESIS DENTAL COMPLETA MANDIBULAR:** Aditamento que sustituye todas las piezas dentarias pérdidas o ausentes del maxilar inferior.
- 28) **PULPECTOMÍA:** Remoción completa del tejido de la pulpa vital o no vital del espacio coronal y del canal radicular en dentición decidua.
- 29) **PULPOTOMÍA:** Remoción parcial únicamente de la pulpa coronal con la finalidad de mantener la vitalidad pulpar de la porción remanente (pulpa radicular) en dentición decidua.
- 30) **REMANENTE RADICULAR:** Fragmento radicular que se encuentra en el alveolo dentario.
- 31) **RESINA COMPUESTA:** Material restaurador estético compuesto por una matriz orgánica, un relleno inorgánico y un agente de unión entre ellos.
- 32) **SELLANTE:** Material resinoso o ionomérico aplicado en las superficies oclusales de los dientes posteriores para la prevención de la caries dental.
- 33) **RESTAURACIÓN:** Procedimiento que consiste en la reconstrucción de una porción del diente o de toda la corona que puede estar destruida, fracturada, desgastada o afectada irreversiblemente.
- 34) **SUPERFICIE DESGASTADA:** Es toda superficie con pérdida de estructura dentaria producida de forma gradual.
- 35) **TRANSPOSICIÓN DENTARIA:** Hace referencia a un intercambio en la posición de 2 piezas dentarias adyacentes dentro del mismo cuadrante del arco dentario.
- 36) **TRATAMIENTO DE CONDUCTOS:** El tratamiento de conducto (endodoncia) es un procedimiento dental que se utiliza para tratar procesos infecciosos o no infecciosos al interior del conducto radicular de la pieza dentaria.
- 37) **URGENCIA ESTOMATOLÓGICA:** Es toda atención que se enfoca en el manejo de afecciones que requieren atención inmediata para aliviar el dolor intenso y / o el riesgo de infección.
- 5.2 El odontograma forma parte de la Ficha Odonto-Estomatológica o la que haga sus veces según la NTS N° 139/MINSA/2018, "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", aprobada por Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA o la que haga sus veces, y se encuentra contenida en la histórica clínica.
- 5.3 El registro de los datos consignados en el odontograma es responsabilidad del/de la cirujano dentista, quien firma y sella la Ficha Odonto-Estomatológica o la que haga sus veces según normativa vigente.



- 5.4 El sistema numérico para el odontograma debe ser el "Sistema Dígito Dos" o "Binario" propuesto por la Federación Dental Internacional y aceptada por la Organización Mundial de la Salud.
- 5.5 El registro de los datos en el odontograma debe hacerse de manera clara, precisa e indubitable, evitando registros subjetivos que causen confusión.
- 5.6 El odontograma es desarrollado individualmente para cada paciente. Todo hallazgo clínico registrado es inalterable, sin enmendaduras, ni tachaduras.
- 5.7 Excepcionalmente, en los casos de urgencias estomatológicas, donde no se pueda realizar el odontograma de forma completa, se registran en la historia clínica los procedimientos realizados. El registro del odontograma se realiza en la próxima atención.
- 5.8 En el odontograma únicamente se registran los hallazgos clínicos observados, más no los procedimientos estomatológicos a desarrollar según el plan de tratamiento. Estos se registran en la Ficha Odonto-Estomatológica o la que haga sus veces.
- 5.9 Cada registro realizado en el odontograma debe respetar la ubicación y forma de los hallazgos clínicos.
- 5.10 Se debe realizar el odontograma cuando se inicia el plan de tratamiento, se evidencian nuevos hallazgos clínicos, se culmina el plan de tratamiento y a solicitud de procesos judiciales y personales.
- 5.11 Una vez culminado el plan de tratamiento, en caso que el/la paciente reingrese a la UPS donde tenga actividad el/la cirujano dentista, se genera un nuevo odontograma.
- 5.12 En los recuadros ubicados en la parte superior e inferior de la representación gráfica de las piezas dentarias, se registran las siglas en color azul cuando el hallazgo clínico se encuentre en buen estado o sea una característica no patológica; y, en color rojo cuando se encuentre en mal estado, sea temporal o existan características patológicas.
- 5.13 Para graficar los hallazgos clínicos en el odontograma, sólo se deben utilizar los colores rojo y azul. El color azul indica un hallazgo clínico que se encuentra en buen estado y el color rojo indica un hallazgo clínico en mal estado, temporal o características patológicas.
- 5.14 En el ítem especificaciones del odontograma se registran los hallazgos o características clínicas adicionales que presenten las piezas dentarias, y que por la falta de espacio no puedan ser registrados en los recuadros ubicados en la parte superior e inferior de la representación gráfica de las piezas dentarias del odontograma.
- 5.15 En el ítem observaciones del odontograma se describen los hallazgos clínicos que no se encuentren contemplados en la nomenclatura del registro del odontograma.
- 5.16 En caso que una pieza dentaria presente más de un hallazgo o característica clínica, se registran en los recuadros ubicados en la parte superior e inferior de la representación gráfica de las piezas dentarias del odontograma.
- 5.17 El gráfico del odontograma establecido en la presente Norma Técnica de Salud reemplaza los modelos anteriores, es único y se imprime en color negro, con las siguientes dimensiones: La corona tiene como mínimo 0.5 cm cuadrados y la raíz es proporcional a esta.



J. Candia



A. HOLGUIN



C.D. R.T.O. B. SANDOVAL MELÉNDEZ



L. GIL C.

5.18 El gráfico del odontograma electrónico debe cumplir con lo que establece la presente Norma Técnica de Salud.

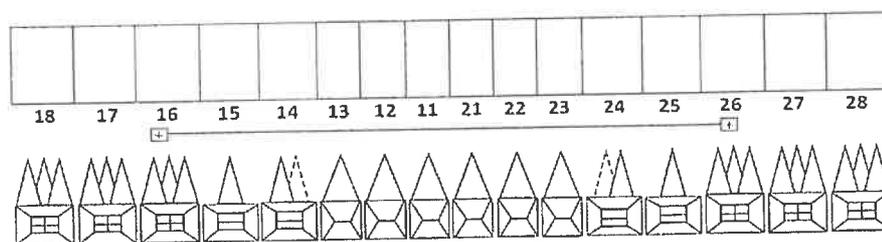
VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1 El registro de los hallazgos clínicos se realiza a través de la siguiente nomenclatura:

6.1.1 APARATO ORTODÓNTICO FIJO

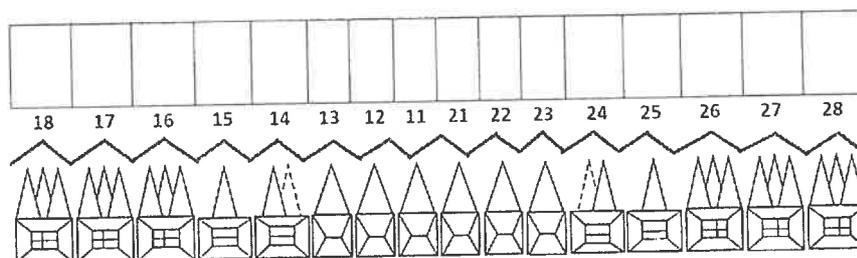
Se dibujan cuadrados con una cruz en su interior, a nivel de los ápices de las piezas dentarias que correspondan a los extremos del aparato ortodóntico, uniendo ambos cuadrados con una línea recta.

El dibujo es en color azul cuando el aparato se encuentra en buen estado, y en color rojo cuando se encuentra en mal estado.



6.1.2 APARATO ORTODÓNTICO REMOVIBLE

Se dibuja una línea en zig-zag de color azul a la altura de los ápices de las piezas dentarias del maxilar en tratamiento. La línea es de color azul cuando se encuentra en buen estado y de color rojo cuando se encuentra en mal estado.



6.1.3 CORONA

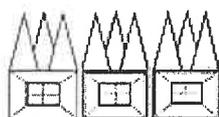
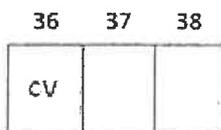
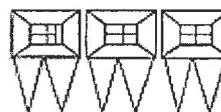
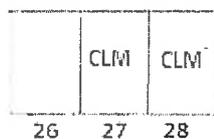
Se dibuja un cuadrado bordeando la corona clínica de la pieza dentaria en color azul, si se encuentra en buen estado, o en rojo si se encuentra en mal estado. En el recuadro correspondiente se anotan en mayúsculas las siglas que describen el tipo de corona en color azul, de encontrarse en buen estado, o en rojo, de estar en mal estado.



En el ítem especificaciones del odontograma se registra el color del metal de la corona, dorada o plateada, o cualquier característica clínica adicional del hallazgo clínico.

- En el recuadro se consignan las siglas del tipo de corona:

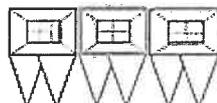
- CM:** Corona Metálica (Corona elaborada sólo con material metálico).
- CF:** Corona Fenestrada, corona metálica con ventana vestibular.
- CMC:** Corona Metal Cerámica (Corona con núcleo metálico y revestimiento de material estético).
- CV:** Corona Veneer (corona completa metálica con frente estético).
- CLM:** Corona libre de metal con núcleo y revestimiento de material estético, puede ser de un solo material o mixta.



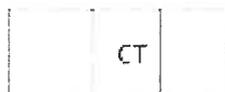
6.1.4 CORONA TEMPORAL

Se dibuja un cuadrado de color rojo que encierre la corona de la pieza dentaria que presente el tratamiento. Se colocan en mayúscula y en color rojo las siglas CT en el recuadro correspondiente al hallazgo clínico.

En el ítem especificaciones del odontograma, se coloca la característica o material utilizado, así como cualquier característica adicional.



36 37 38



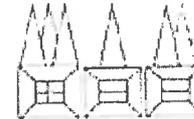
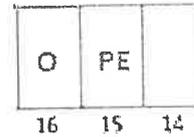
6.1.5 DEFECTOS DE DESARROLLO DEL ESMALTE (DDE)

Se colocan en el recuadro correspondiente en mayúscula y en color rojo las siglas del hallazgo clínico identificado en la(s) superficie(s) dentaria(s).



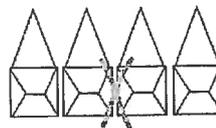
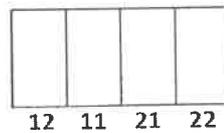
O: Opacidades del esmalte.
 PE: Pigmentación del esmalte.

Fluorosis: Se detalla en el ítem especificaciones por ser una característica clínica generalizada acompañada de la clasificación utilizada.



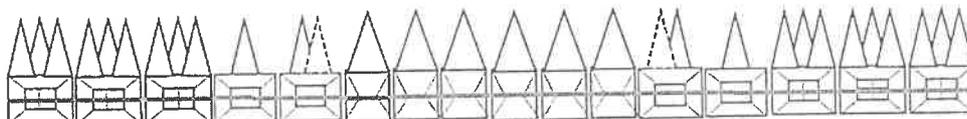
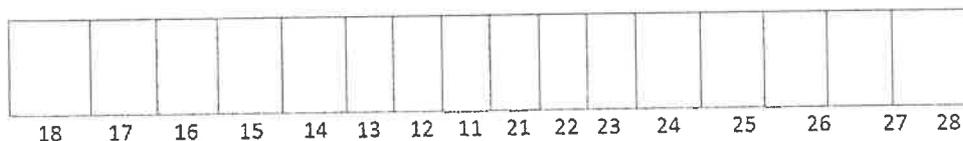
6.1.6 DIASTEMA

Se dibuja el signo del paréntesis invertido de color azul entre las piezas dentarias que presenten esta característica clínica.



6.1.7 EDÉNTULO TOTAL SUPERIOR / INFERIOR

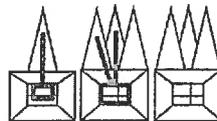
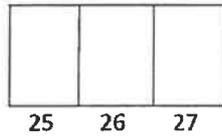
Se dibuja una línea recta horizontal de color azul sobre las coronas de las piezas dentarias ausentes del maxilar edéntulo, ya sea del maxilar superior y/o maxilar inferior.



6.1.8 ESPIGO – MUÑÓN

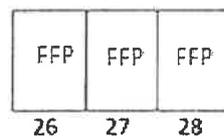
Se dibuja de color azul, una línea vertical en la raíz unida a un cuadrado en la corona. Si el tratamiento está en mal estado, se dibuja la línea de color rojo.

Sólo se registra este tratamiento cuando se observe clínicamente la presencia del espigo muñón.



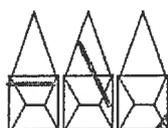
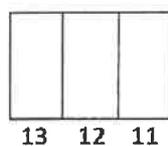
6.1.9 FOSAS Y FISURAS PROFUNDAS

Se colocan, en el recuadro correspondiente a la pieza dentaria en mayúscula y de color azul, la sigla "FFP" para determinar la presencia de la característica clínica mencionada.



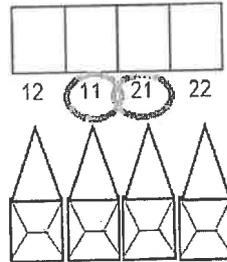
6.1.10 FRACTURA DENTAL

Se dibuja una línea de color rojo representando la fractura sobre la figura de la corona y/o la raíz, según sea el caso.



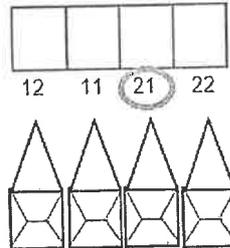
6.1.11 FUSIÓN

Se dibujan 2 circunferencias interceptadas de color azul, encerrando los números que corresponden a las piezas dentarias que presentan dicha característica clínica.



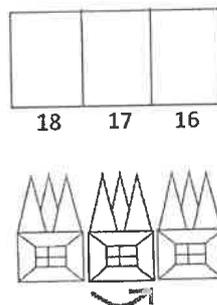
6.1.12 GEMINACIÓN

Se dibuja una circunferencia de color azul encerrando el número que corresponde a la pieza dentaria que presenta dicha característica clínica.



6.1.13 GIROVERSIÓN

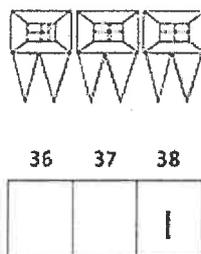
Se dibuja una flecha curva de color azul siguiendo el sentido de la giroversión a nivel de la zona oclusal.



6.1.14 IMPACTACIÓN

Se registra en mayúscula y de color azul la sigla "I", en el recuadro correspondiente a la pieza dentaria que presenta esta característica clínica.

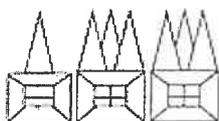
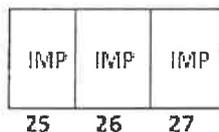
Sólo se registra si se observa la pieza dentaria o parte de la pieza dentaria en boca.



6.115 IMPLANTE DENTAL

Se registran en mayúscula de color azul (buen estado) o rojo (mal estado) las siglas "IMP" en el recuadro correspondiente a la pieza dentaria o las piezas dentarias reemplazadas.

Sólo se registra este tratamiento cuando se observe clínicamente la presencia del implante dental.



6.1.16 LESIÓN DE CARIES DENTAL

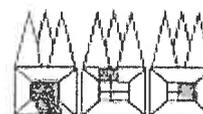
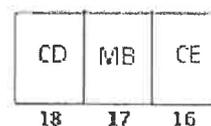
Se dibuja la lesión de caries dental según la forma en la que se observa, siendo pintada de color rojo. Asimismo, se colocan en mayúscula y de color rojo las siglas del hallazgo clínico en el recuadro correspondiente.

MB: Mancha Blanca.

CE: Lesión de Caries dental a nivel del esmalte.

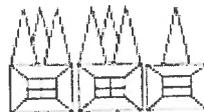
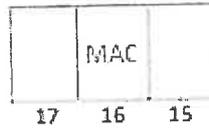
CD: Lesión de Caries dental a nivel de la dentina

CDP: Lesión de Caries dental a nivel de la dentina/compromiso de la pulpa.



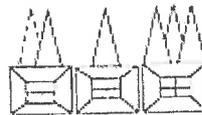
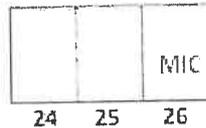
6.1.17 MACRODONCIA

Se registra en mayúscula y de color azul la sigla "MAC", en el recuadro que corresponde a la pieza dentaria que presenta esta característica clínica.



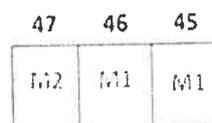
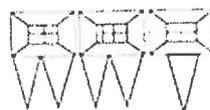
6.1.18 MICRODONCIA

Se registra en mayúscula y de color azul la sigla "MIC" en el recuadro que corresponde a la pieza dentaria que presenta esta característica clínica.



6.1.19 MOVILIDAD PATOLÓGICA

Se registra en mayúscula y de color rojo, la sigla "M" seguida del número arábigo que representa el grado de movilidad dentaria en el recuadro correspondiente a la pieza dentaria que presenta esta característica clínica.



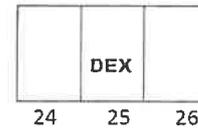
6.1.20 PIEZA DENTARIA AUSENTE

Se registra un aspa de color azul acompañada de las siglas DNE, DEX o DAO en mayúscula y de color azul en el recuadro correspondiente al hallazgo clínico.

DNE: Diente no erupcionado.

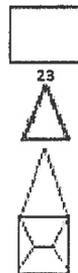
DEX: Diente ausente por extracción debido a experiencia de lesiones de caries dental.

DAO: Diente ausente por otras razones que no tienen relación a experiencia de lesión de caries dental.



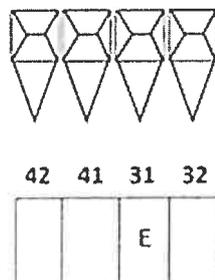
6.1.21 PIEZA DENTARIA EN CLAVIJA

Se dibuja un triángulo de color azul por encima o debajo de las raíces de la pieza dentaria que presenta esta característica clínica.



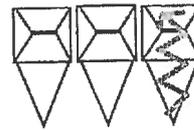
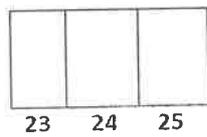
6.1.22 PIEZA DENTARIA ECTÓPICA

Se registra en mayúscula y de color azul la sigla "E" dentro del recuadro correspondiente a la pieza dentaria que presenta esta característica clínica.

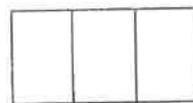
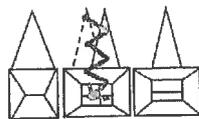


5.2.23 PIEZA DENTARIA EN ERUPCIÓN

Se dibuja sobre la gráfica de la pieza dentaria una flecha en zigzag de color azul, dirigida hacia el plano oclusal de la pieza dentaria que presenta esta característica clínica.

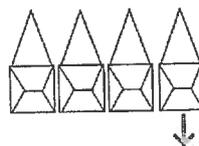
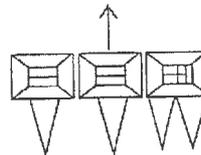
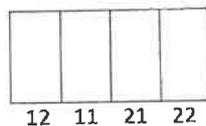


31 32 33

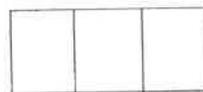


6.1.24 PIEZA DENTARIA EXTRUIDA

Se dibuja fuera del gráfico de la pieza dentaria una flecha recta vertical de color azul, dirigida en sentido externo en incisal u oclusal de la pieza dentaria que presenta esta característica clínica.

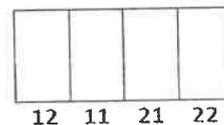
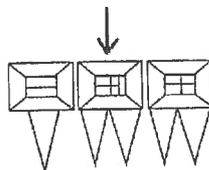


34 35 36

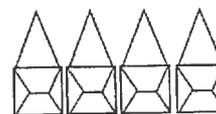
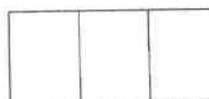


6.1.25 PIEZA DENTARIA INTRUIDA

Se dibuja fuera del gráfico de la pieza dentaria, una flecha recta vertical de color azul, dirigida hacia la zona incisal u oclusal de la pieza que presenta esta característica clínica.

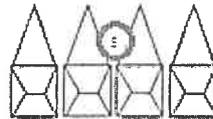
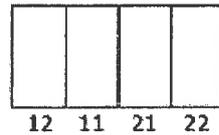


35 36 37



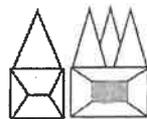
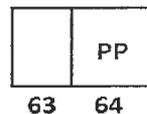
6.1.26 PIEZA DENTARIA SUPERNUMERARIA

Se registra en mayúscula y de color azul una circunferencia con la sigla "S" encerrada, localizada entre los ápices de las piezas dentarias adyacentes a la pieza supernumeraria.



6.1.27 PULPOTOMÍA

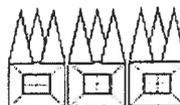
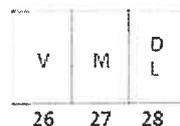
Se dibuja la representación de la pulpa dentaria coronal de color azul si se encuentra en buen estado; de no ser así, se pinta de color rojo. En el recuadro correspondiente, se anota en mayúscula la sigla "PP" en letras de color azul (buen estado) o rojo (mal estado), acorde con el hallazgo clínico.



6.1.28 POSICIÓN ANORMAL DENTARIA

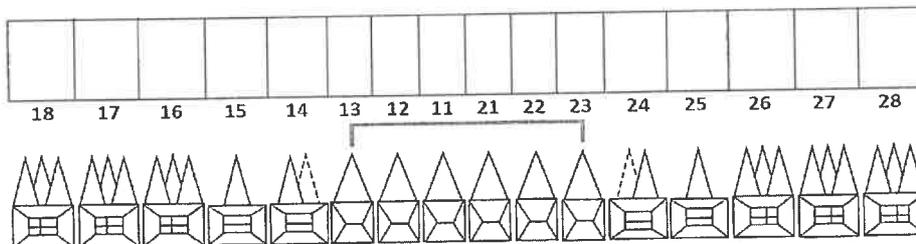
Se registran en mayúscula y de color azul las siglas en los recuadros correspondientes a la pieza dentaria en que presenta la característica clínica mediante la siguiente nomenclatura:

- M:** Mesializado.
- D:** Distalizado.
- V:** Vestibularizado.
- P:** Palatinizado.
- L:** Lingualizado.



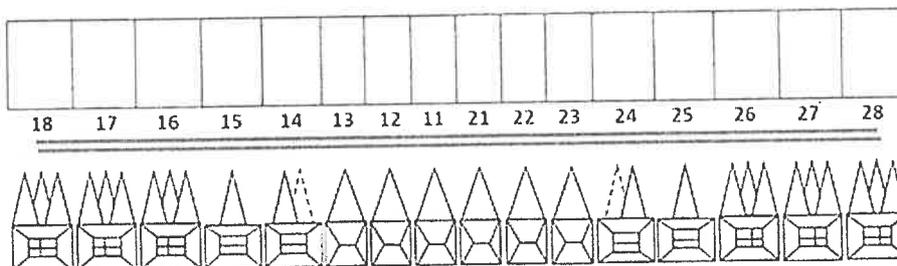
6.1.29 PRÓTESIS DENTAL PARCIAL FIJA

Se dibuja una línea recta horizontal de color azul que indica la extensión del puente, con líneas verticales sobre los pilares. Es graficado a nivel de los ápices de las piezas dentarias comprometidas. Si la prótesis está en buen estado, se dibuja en color azul; y, de encontrarse en mal estado, se dibuja de color rojo.



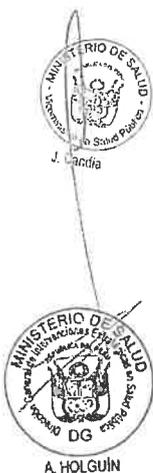
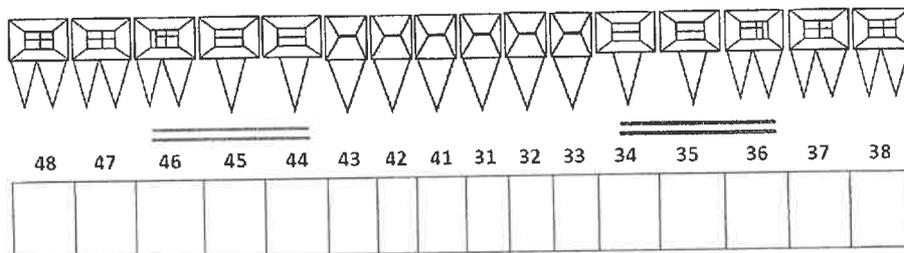
6.1.30 PRÓTESIS DENTAL COMPLETA SUPERIOR / INFERIOR

Se dibujan 2 líneas rectas paralelas y horizontales a nivel de los ápices de las piezas dentarias del maxilar que presenta este tratamiento, ya sea el maxilar superior y/o el maxilar inferior. Si la prótesis está en buen estado, se dibuja de color azul; y, de estar en mal estado, se dibuja en color rojo.



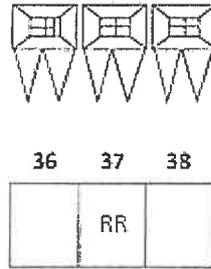
6.1.31 PRÓTESIS DENTAL PARCIAL REMOVIBLE

Se dibujan en color azul 2 líneas horizontales paralelas a nivel de los ápices de las piezas dentarias reemplazadas. Si la prótesis está en buen estado, las líneas son de color azul, y si se encuentra en mal estado, las líneas son de color rojo.



6.1.32 REMANENTE RADICULAR

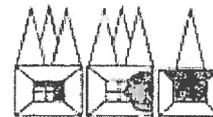
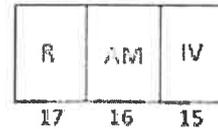
Se registra mayúscula y de color rojo la sigla "RR", en el recuadro en el que se observe la característica clínica.



6.1.33 RESTAURACIÓN DEFINITIVA

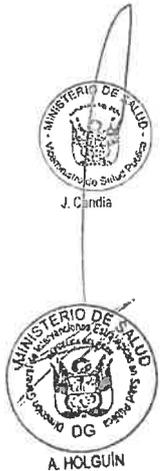
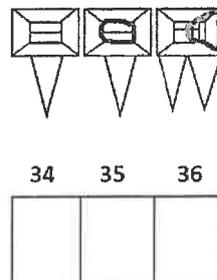
Se dibuja la restauración acorde con la forma que se observa. Es totalmente pintada de color azul si se encuentra en buen estado; de no ser así, se pinta de color rojo. En el recuadro correspondiente, se anotan en mayúscula las siglas del material empleado, de color azul (buen estado) o rojo (mal estado), acorde con el hallazgo clínico.

- AM:** Amalgama Dental.
- R:** Resina.
- IV:** Ionómero de Vidrio.
- IM:** Incrustación Metálica
- IE:** Incrustación Estética.
- C:** Carilla.



6.1.34 RESTAURACIÓN TEMPORAL

Se dibuja en rojo el contorno de la restauración siguiendo su forma en las superficies comprometidas.



6.1.35 SELLANTES

Se dibuja el recorrido del sellante siguiendo la forma de las fosas y fisuras selladas. Colocar en mayúscula en el recuadro correspondiente la sigla del hallazgo clínico de color azul, de encontrarse en buen estado, o de color rojo, si está en mal estado. En caso se identifique lesión cariosa, se deben adicionar las siglas correspondientes al gráfico según lo establecido en el numeral 6.1.16.

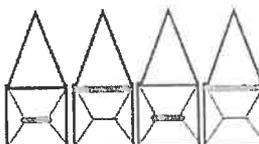
S	S	
17	16	15



6.1.36 SUPERFICIE DESGASTADA

Se registra en mayúsculas y en color rojo la sigla "DES" en el recuadro correspondiente a la pieza dentaria y se dibuja de color rojo en el gráfico de la pieza dentaria acorde al lugar donde se observa el hallazgo clínico.

DES	DES	DES	DES
12	11	21	22



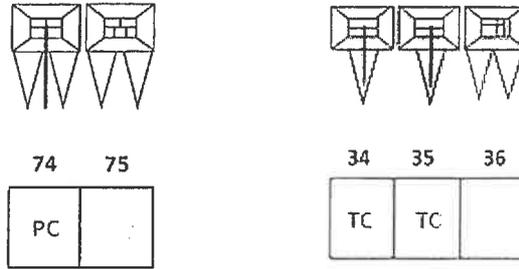
6.1.37 TRATAMIENTO DE CONDUCTO

Se dibuja una línea recta vertical de color azul si se encuentra en buen estado; de no ser así, se pinta de color rojo. En el recuadro correspondiente, se anotan en mayúscula las siglas "TC" o "PC" en letras de color azul (buen estado) o rojo (mal estado), acorde con el hallazgo clínico.

TC = Tratamiento de conductos.
 PC = Pulpectomía.

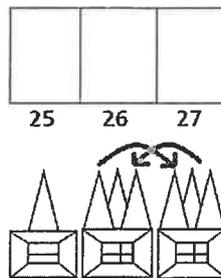
Sólo se registra este tratamiento cuando se observan clínicamente los conos de gutapercha, la obturación de la cámara pulpar y/o conducto radicular.





6.1.38 TRANSPOSICIÓN DENTARIA

Se dibujan dos flechas curvas de color azul entrecruzadas, a la altura de los números de las piezas dentarias que presentan esta característica clínica.



6.2 COMPONENTES DE GESTIÓN

6.2.1 PLANIFICACIÓN

La realización del odontograma se desarrolla acorde con la atención por curso de vida de forma transversal.

En los establecimientos de salud públicos, privados y mixtos, el gráfico del odontograma forma parte de la Ficha Odonto-Estomatológica o la que haga sus veces, según normativa vigente; debiéndose desarrollar en el momento en el que se lleva a cabo la evaluación oral.

6.2.2 ENTRENAMIENTO

El/la cirujano dentista que realiza el odontograma debe mantenerse en constante actualización con la finalidad de estar capacitado/a para el cumplimiento de la presente Norma Técnica de Salud.

El contenido contemplado en la capacitación está enfocado en los siguientes aspectos: Identificación de características clínicas estomatológicas, así como registro de procedimientos estomatológicos ya realizados.



6.2.3 ORGANIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN

En los establecimientos de salud privados, públicos y mixtos, el registro del odontograma está a cargo del/de la cirujano dentista y es responsabilidad de este/a. En caso que en el establecimiento de salud, no se cuente con un/a cirujano dentista, se refiere a un establecimiento de salud que cuente con dicho recurso humano.

Es responsabilidad de los establecimientos de salud públicos, privados y mixtos contar con la Ficha Odonto-Estomatológica o la que haga sus veces (la cual contiene los gráficos del odontograma) para el uso por el/la cirujano dentista.

6.2.4 SISTEMA DE INFORMACIÓN, MONITOREO Y SEGUIMIENTO

- El registro, recojo, procesamiento y digitalización, ya sea mediante una historia clínica física o electrónica, se hace de acuerdo a la normativa vigente.
- En el marco de la implementación progresiva de los sistemas de información, el odontograma electrónico debe cumplir los criterios que establece la presente Norma Técnica de Salud.
- La información obtenida en la Ficha Odonto-Estomatológica o la que haga sus veces para el registro del odontograma debe ser acorde con lo dispuesto según la normativa vigente.
- En el marco de lo dispuesto en la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica, aprobada por Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA o la que haga sus veces, la actualización e implementación progresiva de la Ficha Odonto-Estomatológica o la que haga sus veces es establecida según la normativa vigente.

6.2.5 FINANCIAMIENTO

Los establecimientos de salud públicos, privados y mixtos presupuestan las actividades referidas a lo dispuesto en la presente Norma Técnica de Salud, bajo las fuentes de financiamiento establecidas de acuerdo a las normativas que los rigen.

VII. RESPONSABILIDADES

7.1 NIVEL NACIONAL

El Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (la Dirección de Salud Bucal), es responsable de la difusión de la presente Norma Técnica de Salud hasta el nivel regional, así como de brindar la asistencia técnica necesaria para implementarla y supervisar su cumplimiento.

7.2 NIVEL REGIONAL

Las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS), Direcciones Regionales de Salud (DIREAS), Gerencias Regionales de Salud (GERESAs) o las que haga sus veces a nivel regional, son responsables de la difusión, asistencia técnica,



implementación y supervisión de la aplicación de la presente Norma Técnica de Salud.



L. GIL C.

7.3 NIVEL LOCAL

Es responsabilidad de los establecimientos de salud públicos, privados y mixtos cumplir con lo dispuesto en la presente Norma Técnica de Salud, y contar con la Ficha Odonto-Estomatológica o la que haga sus veces según normativa vigente, que contiene el gráfico del odontograma para el uso del/la cirujano dentista.

Los/las cirujanos dentistas de las diferentes UPS son responsables de la implementación, aplicación y dar cumplimiento a lo dispuesto en la presente Norma Técnica de Salud; según corresponda.



VIII. ANEXO

- Anexo: Gráfico del odontograma.



A. HOLGUÍN



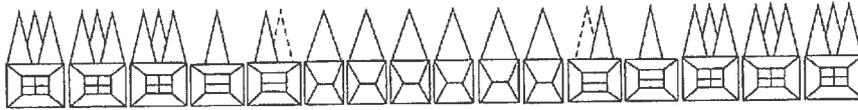
J. Candia

ANEXO: GRÁFICO DEL ODONTOGRAMA

FECHA: _____

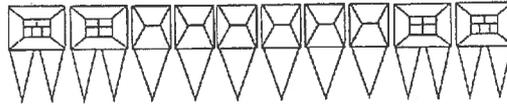
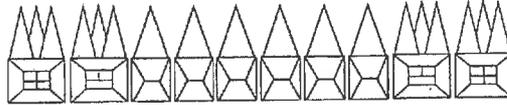
ODONTOGRAMA

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28				



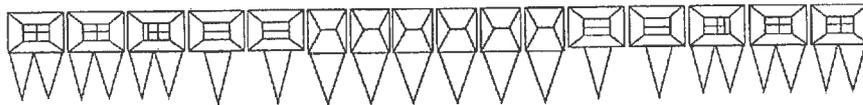
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

55 54 53 52 51 61 62 63 64 65



85 84 83 82 81 71 72 73 74 75

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Especificaciones: _____

Observaciones: _____

Fuente: Dirección de Salud Bucal - Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública



IX. BIBLIOGRAFÍA

- 1) American Dental Association. Glossary of Dental Clinical and Administrative Terms 2019. Visitado 19 abril 2022, Disponible en: <https://www.ada.org/publications/cdt/glossary-of-dental-clinical-terms>
- 2) R Ireland, C. A. Yeung. A Dictionary of Dentistry Oxford. 2° edition. Oxford University (2020)
- 3) American Dental Association (ADA). Dental Procedures Codes (CDT). Edición 2013. Publicado 2014.
- 4) Abanto J, Imparato JCP, Guedes Pinto AC, Bönecker M. Anomalías dentarias de impacto estético en odontopediatría: características y tratamiento. Rev Estomatol Herediana. 2012; 22 (3): Pag 171 – 178.
- 5) American Academy of Pediatric Dentistry. Guidelines for the Management of Traumatic Dental Injuries: 1. Fractures and Luxations of Permanent Teeth. 2013; 38 (6): pág.16-17.



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PERIODONCIA

Yo (como paciente), con DNI No., mayor de edad, y con domicilio en Yo con DNI No., mayor de edad, y con domicilio en en calidad de representante legal de

DECLARO

Que el Cirujano Dentista me ha explicado que es conveniente, en mi situación, proceder a realizar un tratamiento periodontal, dándome la siguiente información:

1.- El propósito principal de la intervención es la eliminación de los factores irritativos e infecciosos presentes en los tejidos de soporte de los dientes (encía, hueso alveolar, ligamiento periodontal, cemento radicular), para conseguir el mantenimiento de los dientes en el tiempo, función y estética, evitando movilidad, pérdida de hueso y caída de los mismos.

2.- Me ha explicado que el tratamiento que voy a recibir implica la administración de anestesia local, que consiste en proporcionar, mediante una inyección, sustancias que provocan un bloqueo reversible de los nervios de tal manera que se inhibe transitoriamente la sensibilidad con el fin de realizar el tratamiento sin dolor.

Me ha explicado que tendré la sensación de adormecimiento del labio o de la cara, que normalmente van a desaparecer en dos o tres horas.

También me ha explicado que la administración de la anestesia puede provocar, en el punto en el que se administre la inyección, ulceración de la mucosa y dolor, y menos frecuentemente, limitaciones en el movimiento de apertura de la boca, que pueden requerir tratamiento ulterior, y que la anestesia puede provocar la baja de la presión arterial que, en casos menos frecuentes, pueden provocar un síncope o fibrilación ventricular, que deben tratarse posteriormente, e, incluso, excepcionalmente, la muerte.

Comprendo que, aunque de mis antecedentes personales no se deducen posibles alergias o hipersensibilidad al agente anestésico, la anestesia puede provocar urticarias, dermatitis, asma, edema angioneurótico (asfixia), que en casos extremos puede requerir tratamiento urgente.

3.- La intervención consiste en la eliminación de la placa y cálculo con curetas o ultrasonido, y a las pocas semanas, de ser necesario, la cirugía de las encías a colgajo para eliminar las bolsas infecciosas, aumentar el nivel de la encía y/o tratar los defectos óseos.

4.- Aunque se me han practicado los medios diagnósticos que se han estimado convenientes, comprendo que pueden producirse procesos edematosos, hinchazón, dolor o laceraciones en la mucosa del labio o mejilla, o en la lengua, que no dependen de la técnica empleada ni de su correcta realización, sino que son imprevisibles, aunque relativamente frecuentes, en cuyo caso el dentista tomará las medidas pertinentes y continuará el tratamiento.

Sé que es frecuente que después del tratamiento advierta un aumento de la sensibilidad dentaria u movilidad de los dientes que normalmente desaparecerán bien espontáneamente o por un tratamiento posterior.

También sé que va a producirse un cierto alargamiento de los dientes, más perceptible al sonreír, como consecuencia segura de haberse eliminado el tejido enfermo e inflamado. Igualmente comprendo que el tratamiento puede extenderse incluso hasta un año o más, en cuyo transcurso deberé acudir a la consulta periódicamente, y cuidar especialmente la higiene dental mediante las técnicas que me ha indicado.

Me ha explicado también pormenorizadamente la importancia del cuidado dental y el mantenimiento con visitas periódicas de sesiones de profilaxis e higiene dental, lo que debe realizarse a lo largo de toda la vida.

También comprendo que el objetivo perseguido NO SE PUEDA lograr, total o parcialmente, con independencia de la técnica empleada y de su correcta realización, y de que, sin la esmerada contribución de mi parte en el control de placa bacteriana, mediante la higiene frecuente, los objetivos perseguidos no se puedan cumplir.

También sé que se puede producir cierto alargamiento de los dientes, más perceptible al sonreír, como consecuencia de haber eliminado el tejido inflamado

5.- El Dentista me ha explicado que todo acto quirúrgico lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos.

He comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado, y la información complementaria que le he solicitado.

Me queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento.

Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENTO, para que se me practique el tratamiento de periodoncia.

En Lima, a.....dede.....

El Paciente o
Representante Legal

El Odontólogo / Estomatólogo
COP

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA OBTURACIONES

Yo (como paciente), con DNI No., mayor de edad, y con domicilio en o Yo con DNI No., mayor de edad, y con domicilio en en calidad de representante legal de.....

DECLARO

Que el Cirujano Dentista..... me ha explicado que es conveniente en mi situación proceder a realizar una obturación o empaste a un diente o molar, dándome la siguiente información:

- 1.- El propósito principal de la intervención es restaurar los tejidos dentarios duros y proteger la pulpa, para conservar el diente/molar y su función, restableciendo al momento, siempre que sea posible, la estética adecuada.
- 2.- Me ha explicado que el tratamiento que voy a recibir implica la administración de anestesia local, que consiste en proporcionar, mediante una inyección, sustancias que provocan un bloqueo reversible de los nervios de tal manera que se inhibe transitoriamente la sensibilidad con el fin de realizar el tratamiento sin dolor. Me ha explicado que tendré la sensación de adormecimiento del labio o de la cara, que normalmente van a desaparecer en dos o tres horas. También me ha explicado que la administración de la anestesia puede provocar, en el punto en el que se administre la inyección, ulceración de la mucosa y dolor, y menos frecuentemente, limitaciones en el movimiento de apertura de la boca, que pueden requerir tratamiento ulterior, y que la anestesia puede provocar la baja de presión arterial que, en casos menos frecuentes, pueden provocar un síncope o fibrilación ventricular, que deben tratarse posteriormente, e, incluso, excepcionalmente, la muerte. Comprendo que, aunque de mis antecedentes personales no se deducen posibles alergias o hipersensibilidad al agente anestésico, la anestesia puede provocar urticarias, dermatitis, asma, edema angioneurótico (asfixia), que en casos extremos puede requerir tratamiento urgente.
- 3.- La intervención consiste en eliminar de la cavidad el tejido cariado y rellenarla posteriormente con materiales plásticos adhesivos para conseguir un sellado hermético, conservando la integridad de la pieza dental.
- 4.- Mi dentista me ha advertido que es frecuente que se produzca una mayor sensibilidad, sobre todo al frío, que normalmente desaparecerá de modo espontáneo. También me ha recomendado que vuelva a la consulta lo más pronto posible, si advierto signos de movilidad o alteraciones de la oclusión (mordida), pues en ese caso sería preciso ajustarla, para aliviar el dolor y para impedir la formación de una enfermedad periodontal y/o trauma.

Comprendo que la obturación puede reactivar procesos infecciosos que hagan necesaria la endodoncia y que, especialmente si la caries es profunda, el diente/molar quedará frágil y podrá ser necesario llevar a cabo otro tipo de reconstrucción o colocar una corona protésica. También comprendo que es posible que no me encuentre satisfecho con la forma y el color del diente tras el tratamiento, porque las cualidades de las restauraciones directas nunca serán idénticas a su aspecto de diente sano.

He comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado, y la información complementaria que le he solicitado. Me ha quedado claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENTO, para que se me practique el tratamiento de obturación.

En Lima, adede.....

El Paciente o
Representante Legal

El Odontólogo / Estomatólogo
COP

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENDODONCIA

Yo, paciente....., con DNI No., mayor de edad, y con domicilio en o Yo con DNI No., mayor de edad, y con domicilio en en calidad de representante legal de.....

DECLARO

Que el Cirujano Dentista.....me ha explicado que es conveniente en mi situación proceder a realizar el tratamiento endodóntico de mi pieza dentaria, para los que me ha informado debidamente de lo siguiente:

1. El propósito principal de la intervención es la eliminación del tejido pulpar inflamado o infectado, del interior del diente para evitar secuelas dolorosas o infecciosas.
2. El tratamiento que voy a recibir implica la administración de anestesia local, que consiste en proporcionar, mediante una inyección, sustancias que provocan el bloqueo reversible de los nervios de tal manera que se inhibe transitoriamente la sensibilidad con el fin de realizar el tratamiento sin dolor. Me ha explicado también que tendré la sensación de adormecimiento del labio o de la cara que normalmente va a desaparecerán dos o tres horas. Igualmente me ha explicado que la administración de la anestesia puede provocar, en el punto en el que se administre la inyección, ulceración de la mucosa y dolor, y menos frecuentemente, limitaciones en el movimiento de apertura de la boca, que pueden requerir tratamiento ulterior, y que la anestesia puede provocar bajada de tensión que, más infrecuentemente, pueden provocar un síncope o fibrilación ventricular, que deben tratarse posteriormente, e incluso, excepcionalmente, la muerte. También puede provocar la administración de anestesia urticaria, dermatitis, asma, edema angioneurótico, es decir asfixia, que en casos extremos puede requerir tratamiento urgente.
3. La intervención consiste en la eliminación y el relleno de la cámara pulpar y los tejidos radicales con un material que selle la cavidad e impida el paso a las bacterias y toxinas infecciosas, conservando el diente o molar.
4. Se me ha informado, que, a pesar de realizar correctamente la técnica, cabe la posibilidad de que la infección o el proceso quístico o granulomatoso no se eliminen totalmente, por lo que puede ser necesario acudir a la cirugía periapical al cabo de algunas semanas, meses o incluso años. Igualmente es posible que no se obtenga el relleno total de los conductos, por lo que también puede ser necesario proceder a una repetición del tratamiento, como en el caso de que el relleno quede corto o largo.

También me ha advertido que es muy posible que después de la endodoncia el diente cambie de color y se oscurezca ligeramente. Y me ha indicado que es frecuente que el diente o molar en el que se ha realizado la endodoncia se debilite y tienda a fracturarse, por lo que puede ser necesario realizar coronas protésicas e insertar refuerzos interradiculares.

5. Me ha informado de que todo acto quirúrgico que lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos.

He comprendido lo que se me ha explicado mi cirujano dentista de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado, y la información complementaria que le he solicitado.

Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento.

Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello,

DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me practique el tratamiento de endodoncia

En Lima, adede.....

El Paciente o
Representante Legal

El Odontólogo / Estomatólogo
COP

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA EXODONCIA SIMPLE

Yo (como paciente), con DNI No., mayor de edad, y con domicilio en o Yo con DNI No., mayor de edad, y con domicilio en en calidad de representante legal de.....

DECLARO

Que el Cirujano Dentista..... me ha explicado que es conveniente en mi situación realizar la extracción de una o más piezas dentarias:

- 1.- En consecuencia, comprendo que no mantendré esa o esas piezas dentarias y que, únicamente, podrá ser sustituido por una prótesis o implante. Que podría recurrir a técnicas conservadoras como la periodoncia o la endodoncia, y las descarto por el estado que presenta, y que no hace razonable su conservación.
- 2.- Me ha explicado que el tratamiento que voy a recibir implica la administración de anestesia local, que consiste en proporcionar, mediante una inyección, sustancias que provocan un bloqueo reversible de los nervios de tal manera que se inhibe transitoriamente la sensibilidad con el fin de realizar el tratamiento sin dolor. Asimismo, me ha explicado que tendré la sensación de adormecimiento del labio o de la cara, que normalmente van a desaparecer en dos o tres horas. También me explicó que la administración de la anestesia puede provocar, en el punto en el que se administre la inyección, ulceración de la mucosa y dolor, y menos frecuentemente, limitaciones en el movimiento de apertura de la boca, que pueden requerir tratamiento ulterior, y que la anestesia puede provocar bajada de tensión que, en casos menos frecuentes, pueden provocar un síncope o fibrilación ventricular, que deben tratarse posteriormente, e, incluso, excepcionalmente, la muerte. Comprendo que, aunque de mis antecedentes personales no se deducen posibles alergias o alergia al agente anestésico, la anestesia puede provocar urticaria, dermatitis, asma, edema angioneurótico (asfixia), que en casos extremos puede requerir tratamiento urgente.
- 3.- La intervención consiste en el empleo alternado de instrumental especializado quirúrgico, aplicando fuerza manual, de leve a moderada, cuya finalidad es movilizar y finalmente extraer del alveolo la pieza o piezas dentales problema.
- 4.- Aunque se me han realizado los medios diagnósticos que se han estimado precisos, comprendo que es posible que el estado inflamatorio del diente/molar que se me va a extraer pueda producir un proceso infeccioso, que puede requerir tratamiento con antibióticos y/o antiinflamatorios, del mismo modo que en el curso del procedimiento puede producirse una hemorragia, que exigiría, para cohibirla, la colocación en el alvéolo de una torunda de algodón seca u otro producto hemostático, incluso sutura. También sé que en el curso del procedimiento pueden producirse, aunque no es frecuente, la rotura de la corona, heridas en la mucosa de la mejilla o en la lengua, intrusión de la raíz en el seno maxilar, fractura del maxilar, que no dependen de la forma o modo de practicarse la intervención, ni de su correcta realización, sino que son imprevisibles, en cuyo caso el cirujano dentista tomará las medidas pertinentes para continuar con el tratamiento.

5.- Mi dentista me ha explicado que todo acto quirúrgico lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos.

He comprendido lo que se me ha explicado, de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado.

Me ha quedado claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento.

Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENTO, para que se me practique el tratamiento de extracción simple.

En Lima, adede.....

El Paciente o
Representante Legal

El Odontólogo / Estomatólogo
COP

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA EXODONCIA DE LA TERCERA MOLAR

Yo (como paciente), con DNI No., mayor de edad, y con domicilio en..... o Yo con DNI No., mayor de edad, y con domicilio en en calidad de representante legal de

DECLARO

Que el Cirujano Dentista..... me ha explicado que es conveniente en mi situación proceder a la extracción de un cordal o muela de juicio por los síntomas y signos que manifiesto Entiendo que el objetivo del procedimiento consiste en conseguir eliminar los problemas y complicaciones que su mantenimiento en la boca pueda ocasionar.

Me ha explicado que el tratamiento que voy a recibir implica la administración de anestesia local, que consiste en proporcionar, mediante una inyección, sustancias que provocan un bloqueo reversible de los nervios de tal manera que se inhibe transitoriamente la sensibilidad con el fin de realizar el tratamiento sin dolor. Me ha explicado que tendré la sensación de adormecimiento del labio o de la cara, que normalmente van a desaparecer en dos o tres horas.

También me ha explicado que la administración de la anestesia puede provocar, en el punto en el que se administre la inyección, ulceración de la mucosa y dolor, y menos frecuentemente, limitaciones en el movimiento de apertura de la boca, que pueden requerir tratamiento ulterior, y que la anestesia puede provocar la baja de la presión arterial que, en casos menos frecuentes, pueden provocar un síncope o fibrilación ventricular, que deben tratarse posteriormente, e, incluso, excepcionalmente, la muerte.

Comprendo que, aunque de mis antecedentes personales no se deducen posibles alergias o hipersensibilidad al agente anestésico, la anestesia puede provocar urticarias, dermatitis, asma, edema angioneurótico (asfixia), que en casos extremos puede requerir tratamiento urgente.

Aunque se me han practicado los medios diagnósticos que se han estimado necesarios, comprendo que es posible que el estado inflamatorio de la pieza que se me va extraer pueda producir un proceso infeccioso, que puede requerir tratamiento con antibióticos y antiinflamatorios, del mismo modo que en el curso del procedimiento puede producirse una hemorragia profusa, que exigiría bloquearse con la colocación en el alvéolo de una sustancia coagulante o mediante sutura.

También sé que en el curso del procedimiento pueden producirse, aunque no es frecuente, la rotura de la corona, laceraciones en la mucosa yugal o en la lengua, inserción de la raíz en el seno maxilar, fractura del tabique intrarradicular o de la tuberosidad, que no dependen de la forma o modo de practicarse la intervención, ni de su correcta realización, sino que son imprevisibles, en cuyo caso el cirujano dentista tomará las medidas precisas, y continuará con la extracción.

Se me informa también que, aunque no es frecuente, puede producirse luxación de la articulación de la mandíbula e incluso fractura del maxilar, en cuyo caso deberé recibir el tratamiento preciso con un especialista en esa materia y ser revisado para control de ese proceso.

También se me ha explicado que, aunque infrecuentemente, y con independencia de la técnica empleada en el procedimiento y de su correcta realización, pueden lesionarse el nervio dentario o el nervio lingual, con pérdida de sensibilidad que normalmente es temporal y desaparece en algunas semanas, pero que puede perdurar durante tres a seis meses, o ser definitiva.

Menos graves resultan las complicaciones infecciosas locales, celulitis, trismo, estomatitis, etc., que suelen poder controlarse farmacológicamente pero que pueden precisar de tratamiento quirúrgico posterior.

He comprendido que, como alternativa a la extracción del molar de juicio, podría recurrir a técnicas conservadoras como la endodoncia y la periodoncia, que descarto por su estado, que también se me ha explicado, y por las consecuencias futuras del estado general de la boca.

He comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado, y la información complementaria que le he solicitado.

Me ha quedado claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo reoccar este consentimiento.

Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENTO, para que se me practique la extracción de la tercera molar.

En Lima,dede.....

El Paciente o
Representante Legal

El Odontólogo / Estomatólogo
COP

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXODONCIA QUIRÚRGICA DE TERCEROS MOLARES INCLUIDOS

Yo, COMO PACIENTE, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, DECLARO que he sido debidamente INFORMADO/A, por el cirujano abajo firmante, y en consecuencia, le AUTORIZO junto con sus colaboradores, para que me sea realizado el procedimiento denominado.....

La extracción de las muelas del juicio incluidas está indicada en ocasiones para evitar problemas como: dolor, inflamación, infección, formación de quistes, enfermedad periodontal, caries, maloclusión, pérdida prematura de otros dientes, pérdida prematura de hueso, etc.

Este procedimiento se realiza con el fin de conseguir un indudable beneficio, sin embargo, no está exento de POSIBLES COMPLICACIONES, algunas de ellas inevitables en casos excepcionales, siendo las estadísticamente más frecuentes:

- Alergia al anestésico u otro medicamento utilizado, antes, durante o después de la cirugía.
- Hematoma e hinchazón de la región. - Hemorragia postoperatoria. - Infección postoperatoria.
- Apertura de los puntos de sutura.
- Apertura limitada de la boca durante días o semanas
- Daño a los dientes o tejidos vecinos.
- Abandono accidental de un pequeño fragmento de raíz, cuya extracción supondría una ampliación injustificada de la cirugía.
- Falta de sensibilidad parcial o total, temporal o permanente del nervio dentario inferior (sensibilidad del labio inferior).
- Falta de sensibilidad parcial o total del nervio lingual, temporal o permanente (de la lengua y del gusto).
- Sinusitis. - Comunicación entre la boca y la nariz o los senos maxilares.
- Fracturas óseas.
- Desplazamiento de dientes a estructuras vecinas.
- Tragado o aspiración de dientes o de alguna de sus partes.
- Rotura de instrumentos. Rotura de la aguja de anestesia.
- En fumadores, los riesgos de infección o dehiscencia de la herida son mayores. La intervención puede realizarse con ANESTESIA GENERAL O LOCAL con el riesgo inherente asociado a las mismas, que serán informados por su anestesista; y los fármacos utilizados pueden producir determinadas alteraciones del nivel de conciencia por lo que no podrá realizar determinadas actividades inmediatamente, tales como conducir un vehículo. Recibida la anterior información, considero que he comprendido la naturaleza y propósitos del tratamiento propuesto, así como sus riesgos conocidos y las alternativas terapéuticas. Además, en conversación personal con mi cirujano he tenido la oportunidad de consultar y resolver mis posibles dudas, y de obtener cuanta información complementaria he creído necesaria. Por ello, me considero en condiciones de valorar debidamente tanto los posibles riesgos como la utilidad y beneficios que puedo obtener.

Yo, D/Doña.
..... (nombre y apellidos, a mano, o pegatina del centro sanitario) COMO PACIENTE (o su representante legal), en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, DECLARO que he sido debidamente INFORMADO/A, por el cirujano abajo firmante, y en consecuencia, le AUTORIZO junto con sus colaboradores, para que me sea realizado el procedimiento diagnóstico/terapéutico denominado.....
.....

En ocasiones excepcionales, durante la cirugía pueden surgir situaciones imprevistas que obliguen al cirujano a realizar algún procedimiento adicional o distinto al planificado. En ese caso, autorizo al cirujano a tomar las decisiones que crea más justificadas y convenientes para mi salud.

Este consentimiento puede ser revocado discrecionalmente por mí, sin necesidad de justificación alguna, en cualquier momento antes de realizar el procedimiento.

Observaciones.....
.....
.....

Y, para que así conste, firmo el presente original después de leído, por duplicado, cuya copia se me proporciona.

En Lima, adede.....

El Paciente o
Representante Legal

El Cirujano Dentista
COP

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CIRUGÍA ORAL MENOR

Yo (como paciente), con DNI No., mayor de edad, y con domicilio en o Yo con DNI No., mayor de edad, y con domicilio en en calidad de representante legal de

DECLARO

Que el Cirujano Dentista..... me ha explicado que el propósito de la intervención de cirugía oral menor es para resolver alguno de los siguientes problemas de la cavidad oral **(borrar los que no correspondan): extracción de piezas dentarias o restos apicales incluidos, fenestración o tracción de dientes retenidos, plastia de frenillos labiales, extirpación de quistes maxilares y pequeños tumores de los mismos o del resto de la cavidad bucal/cirugía preprotésica fundamentalmente.**

Para llevar a cabo el procedimiento se aplicará anestesia, de cuyos posibles riesgos también he sido informado/a, es posible que los fármacos utilizados puedan producir determinadas alteraciones del nivel de conciencia por lo que se me ha informado que no podré realizar determinadas actividades inmediatamente, tales como conducir un vehículo.

Igualmente se me ha informado de que existen ciertos riesgos potenciales y complicaciones, algunas de ellas inevitables, concretamente:

- 1.- Alergia al anestésico u otro medicamento utilizado, antes o después de la cirugía.
- 2.- Hematoma y edema de la región.
- 3.- Hemorragia postoperatoria.
- 4.- Dehiscencia de la sutura.
- 5.- Daño de dientes adyacentes.
- 6.- Hipoestesia o anestesia del nervio dentario inferior, temporal o definitiva.
- 7.- Hipoestesia o anestesia del nervio lingual, temporal o definitiva.
- 8.- Hipoestesia o anestesia del nervio infraorbitario, temporal o definitiva.
- 9.- Infección postoperatoria.
- 10.- Osteítis.
- 11.- Sinusitis.
- 12.- Comunicación buconasal y/o bucosinual.
- 13.- Fracturas óseas.
- 14.- Rotura de instrumentos.

Tras la información recibida, he comprendido la naturaleza y propósitos del tratamiento de cirugía que se me va a practicar.

He comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado, y la información complementaria que le he solicitado.

Me queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar

Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENTO, para que se me practique el tratamiento de cirugía.

En Lima, adede.....

El Paciente o
Representante Legal

El Odontólogo / Estomatólogo
COP

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGÍA PERIAPICAL Y APICECTOMÍA

Yo, COMO PACIENTE, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, DECLARO que he sido debidamente INFORMADO/A, por el cirujano abajo firmante, y en consecuencia, le AUTORIZO junto con sus colaboradores, para que me sea realizado el procedimiento denominado.....

Me doy por enterado/a de los siguientes puntos relativos a dicho procedimiento:

La cirugía oral se hace necesaria para el tratamiento de muy diversos problemas y patologías de la cavidad oral.

Entre dichas patologías se encuentran las lesiones periapicales y de los ápices (raíces) radiculares de los diversos dientes, para cuyo correcto tratamiento se hace necesaria la cirugía periapical.

Como consecuencia de una caries, patología dental o un traumatismo dental se puede producir una necrosis de la pulpa, seguida de una infección crónica en la región apical o periapical de su raíz, que con el tiempo desarrolla un granuloma periapical y en ocasiones quistes dentarios.

El paso inicial para tratamiento de estas lesiones suele ser la endodoncia (matar el nervio) del diente afectado y, en caso de fracaso de la misma, no resolución completa de la lesión o gran tamaño de la misma, se realiza la apicectomía de todas las raíces afectadas.

La apicectomía es la extirpación del extremo final de una raíz dental, con limpieza de la cavidad residual y obturación y sellado de los conductos radiculares cuando esta fuese incompleta.

He sido informado y entiendo que la realización de esta intervención NO GARANTIZA la permanencia de la pieza dental en cuestión en mi boca, siendo en ocasiones necesaria la extracción de la misma.

En casos indicados es necesaria la reconstrucción del lecho quirúrgico mediante injertos de hueso, fracción plasmática rica en factores de crecimiento del propio paciente u otros materiales sintéticos, con el fin de asegurar el éxito y viabilidad de los dientes tratados.

Todos estos procedimientos tienen el fin de conseguir un indudable beneficio, sin embargo, no están exentos de complicaciones, algunas de ellas inevitables en casos excepcionales, siendo las estadísticamente más frecuentes:

- Alergia al anestésico, o medicaciones utilizadas antes, durante o después de la cirugía.
- Hematoma, hemorragia e inflamación postoperatoria de la zona intervenida
- Infección postoperatoria del lecho quirúrgico y/o materiales utilizados.
- Apertura de los puntos de sutura.
- Daño a los dientes vecinos.
- Falta de sensibilidad parcial o total, temporal o permanente del nervio dentario inferior (sensibilidad del labio inferior).
- Falta de sensibilidad parcial o total del nervio lingual, temporal o definitiva (de la lengua y del gusto).

- Falta de sensibilidad parcial o total del nervio infraorbitario (de la mejilla), temporal o definitiva.
- Infección de los tejidos o del hueso.
- Sinusitis.
- Comunicación entre la boca y la nariz o los senos maxilares.
- Fracturas óseas.

Rotura de instrumental Recibida la anterior información, considero que he comprendido la naturaleza y propósitos del procedimiento Además, en entrevista personal con el doctor he sido informado/a, entérminos que he comprendido, del alcance de dicho tratamiento. En la entrevista he tenido la oportunidad de proponer y resolver mis posibles dudas, y de obtener cuanta información complementaria he creído necesaria. Por ello, me considero en condiciones de sopear debidamente tanto sus posibles riesgos como la utilidad y beneficios que de él puedo obtener. Estoy satisfecho/a con la información que se me ha proporcionado y, por ello, DOY MI CONSENTIMIENTO para que se me practique

Este consentimiento puede ser revocado por mí sin necesidad de justificación alguna, en cualquier momento antes de realizar el procedimiento. Observaciones

..... Y, para que así conste, firmo el presente original después de leído, por duplicado, cuya copia se me proporciona.

En Lima, de de

El Paciente o
Representante Legal

El Odontólogo / Estomatólogo
COP

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA SUJECIÓN/CONTENCIÓN MECÁNICA EN PACIENTES CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y PSIQUIÁTRICO

Servicio de Odontoesomatología

1. Nombre del Procedimiento

Sujeción/Contención Mecánica en Pacientes con problemas de salud mental y psiquiátrico.

2. Diagnóstico (definitivo y/o presuntivo)

3. Descripción del Procedimiento

La Sujeción Mecánica es un procedimiento de protección, en pacientes que se encuentran en estado de desorientación o agitación psicomotriz. La Sujeción Mecánica consiste en el empleo de sistemas de inmovilización mecánicos para el tórax, las muñecas, los tobillos, etc. Debe aplicarse con discreción y con garantía de seguridad.

La Sujeción Mecánica se suspenderá cuando la situación clínica del paciente lo permita, como está contemplado en la Guía de Procedimiento para la Sujeción Mecánica.

4. Objetivos del Procedimiento

1. Prevenir el daño físico así mismo o a otros.
2. Prevenir daños graves al entorno.
3. Prevenir interferencias en la terapéutica del paciente o de otros pacientes.

5. Beneficios Esperados

1. Disminuir las posibilidades de agresión.
2. Mejora tiempo y eficacia en el tratamiento a realizar.

6. Riesgos y/o Complicaciones Frecuentes

1. Aumento de estrés físico y psicológico.
2. Aumento de la agitación.
3. Dolor.
4. Lesiones en las zonas de contacto con el instrumental (úlceras y laceraciones)

7. Riesgos y/o Complicaciones poco Frecuentes

1. Alteraciones sensoriales: Por el aislamiento del entorno y una relación alterada con el personal asistencial.
2. Otras consecuencias derivadas de la propia inmovilidad: Debilidad, pérdida de fuerza, deterioro funcional de las actividades de la vida diaria, incontinencia.
3. Lesiones por compresiones mantenidas en alguna parte del cuerpo
4. Lesiones inmediatas al intentar librarse la persona de ellas (agotamiento, fracturas por forcejeo)
5. Lesiones isquémicas: Contracturas isquémicas de los músculos después de tiempos prolongados de sujeción.

8. Recomendaciones

Para la realización de este tratamiento el paciente no necesita estar en ayunas.

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo _____, identificado
(a) con DNI (), C.E. (), Pasaporte () N° _____, en calidad de Madre (), Padre (),
Apoderado/Tutor Legal () del (la) paciente
_____, con _____ de edad, identificado con DNI
N° _____, Historia Clínica N° _____, con Diagnóstico
de: _____.

Declaro:

Que el odontólogo especialista _____ con COP
N° _____, y RNE N° _____, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al
diagnóstico de mi familiar, la realización del procedimiento de: **Contención/Sujeción Mecánica** sobre los
cuales he sido informado(a). Así mismo he comprendido los beneficios, probables riesgos o complicaciones del
mismo.

Por lo tanto con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:

Doy mi Consentimiento para la realización del procedimiento de **Contención/Sujeción Mecánica**

Lima, dedel 20.....



Huella

Firma del Representante Legal

Nombre _____
DNI N° _____

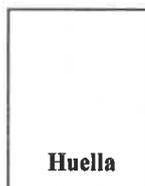
Firma del odontólogo especialista

COP N° _____
RNE N° _____

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Yo _____, identificado (a) con DNI
(), C.E. (), Pasaporte () N° _____, en calidad de Madre (), Padre (), Apoderado/Tutor
Legal () del (la) paciente _____ con _____ de edad,
identificado con DNI N° _____, Historia Clínica N° _____
_____, de forma libre y consciente he decidido Revocar el Consentimiento firmado en
fecha _____ para la realización del procedimiento de **Contención/Sujeción Mecánica** y
asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida de mi representado.

Lima dedel 20.....



Huella

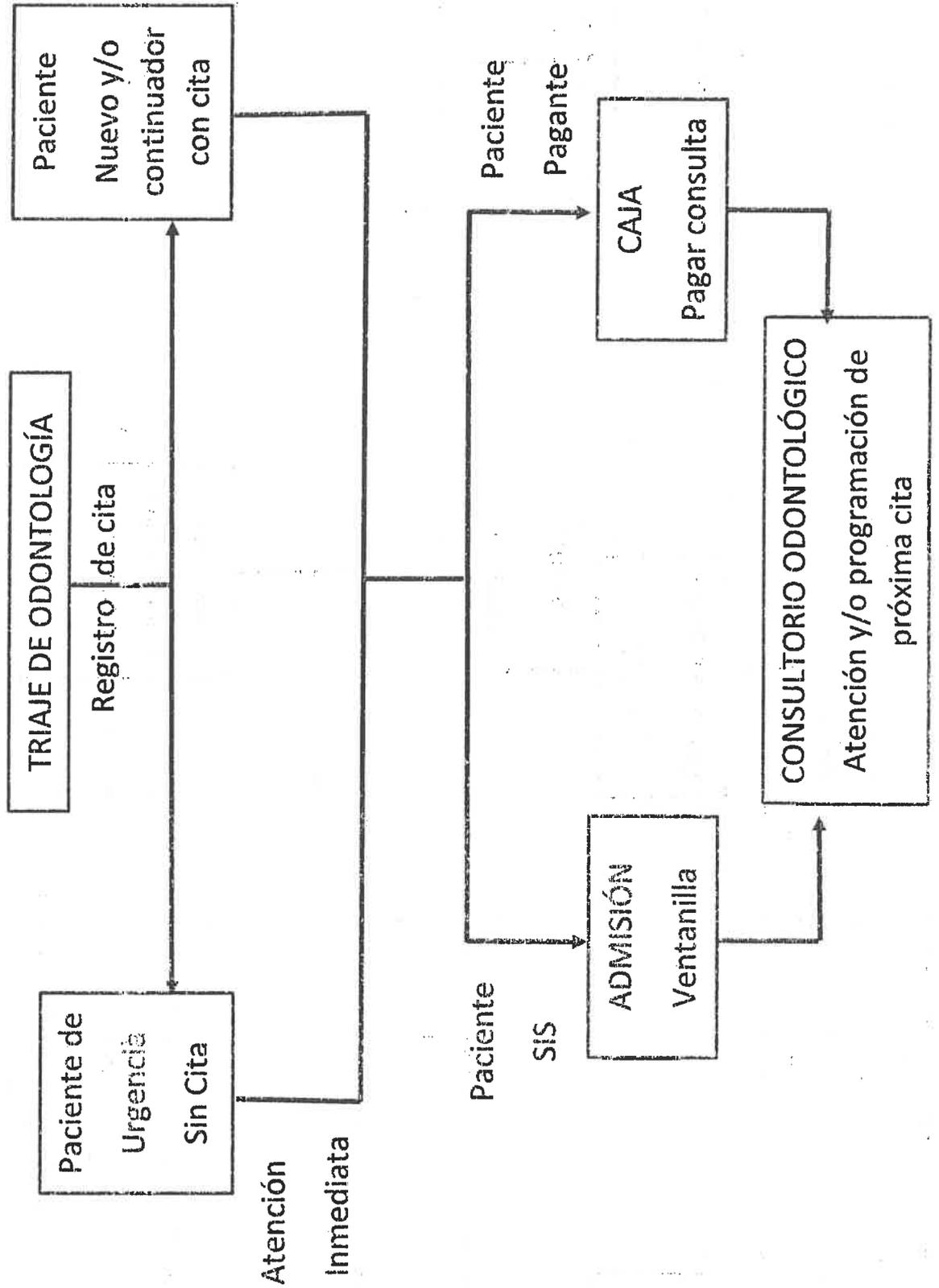
Firma del Representante Legal

Nombre _____
DNI N° _____

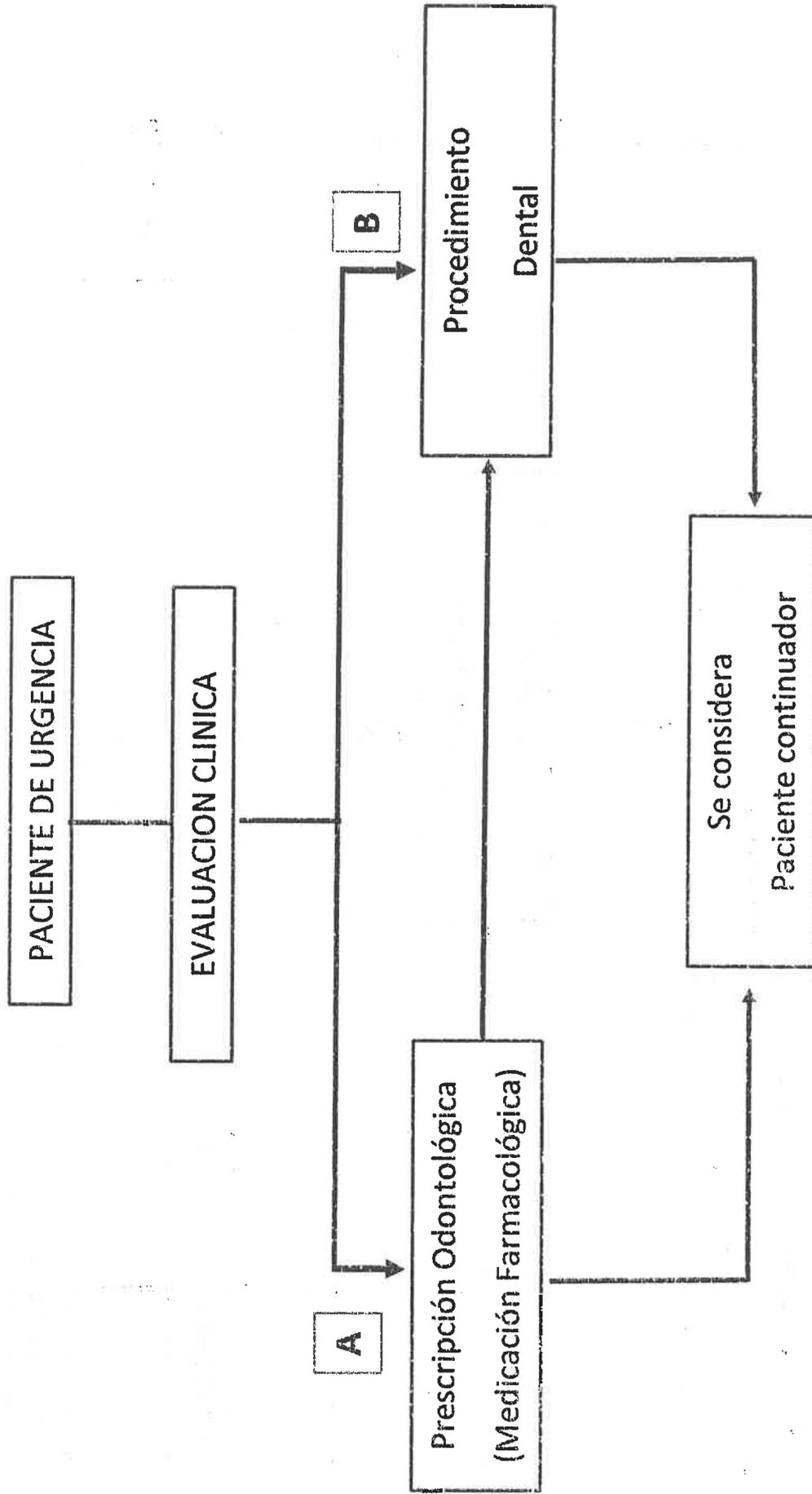
Firma del odontólogo Especialista Responsable

COP N° _____
RNE N° _____

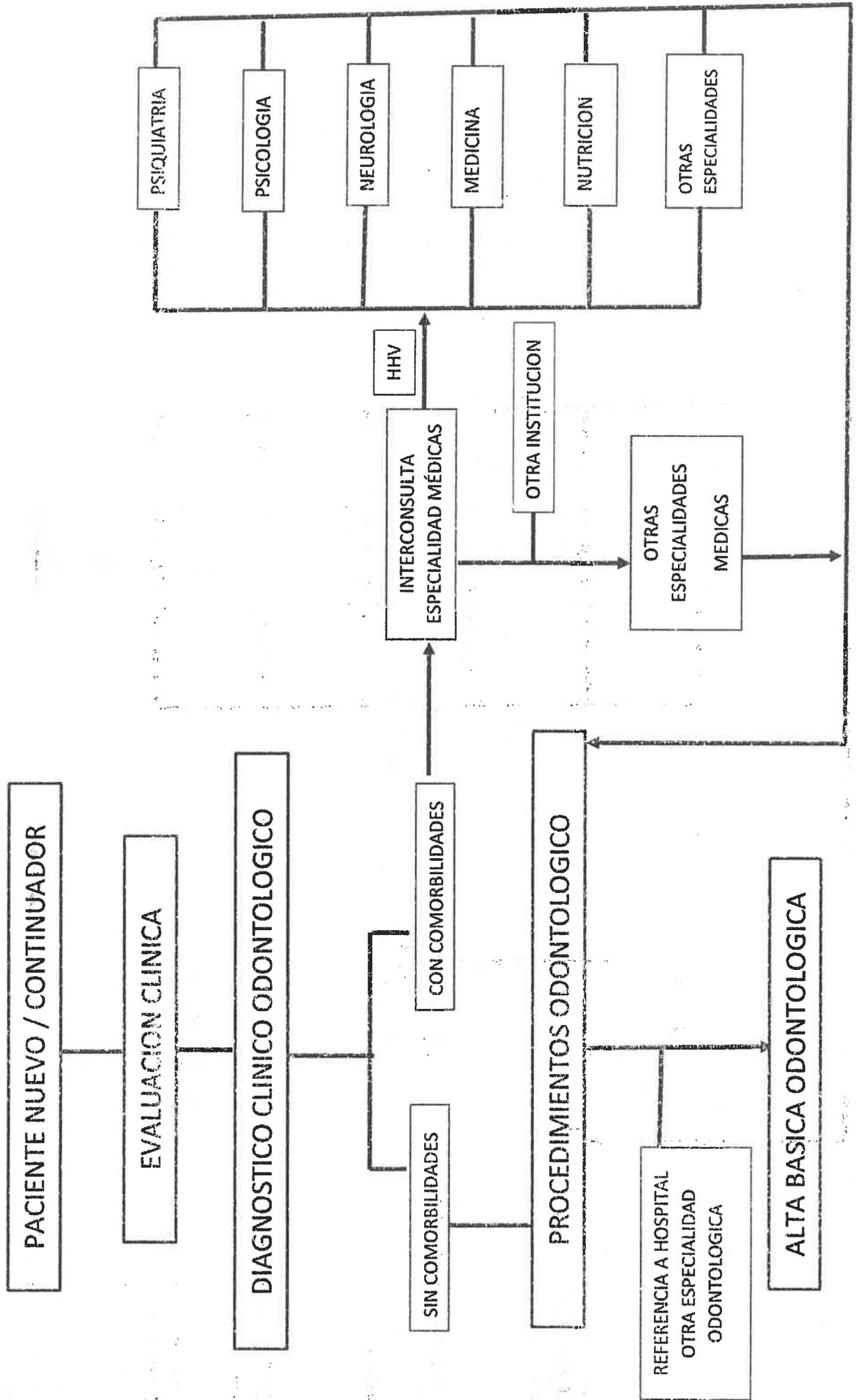
1.- FLUJOGRAMA INICIAL DEL SERVICIO DE ODONTOESTOMATOLOGÍA- HHV



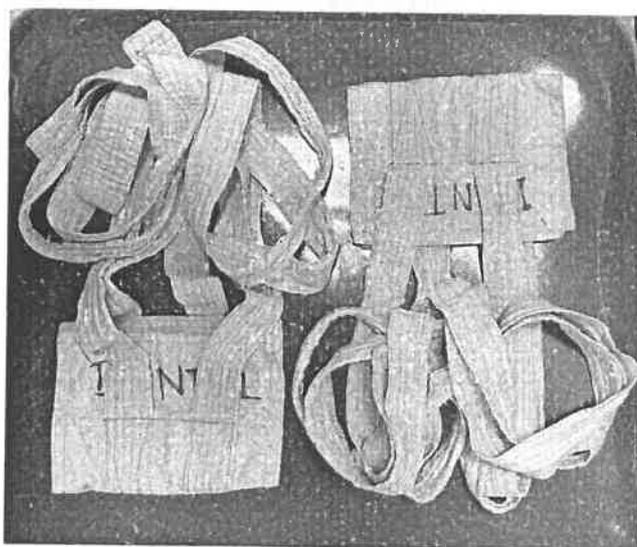
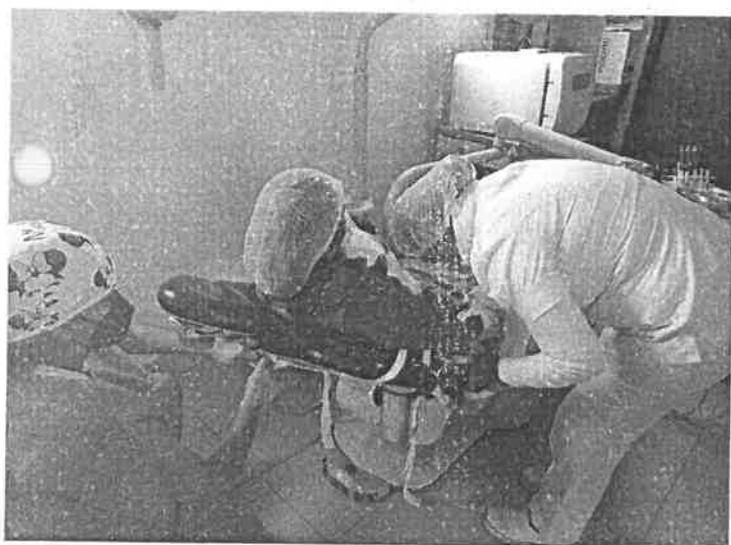
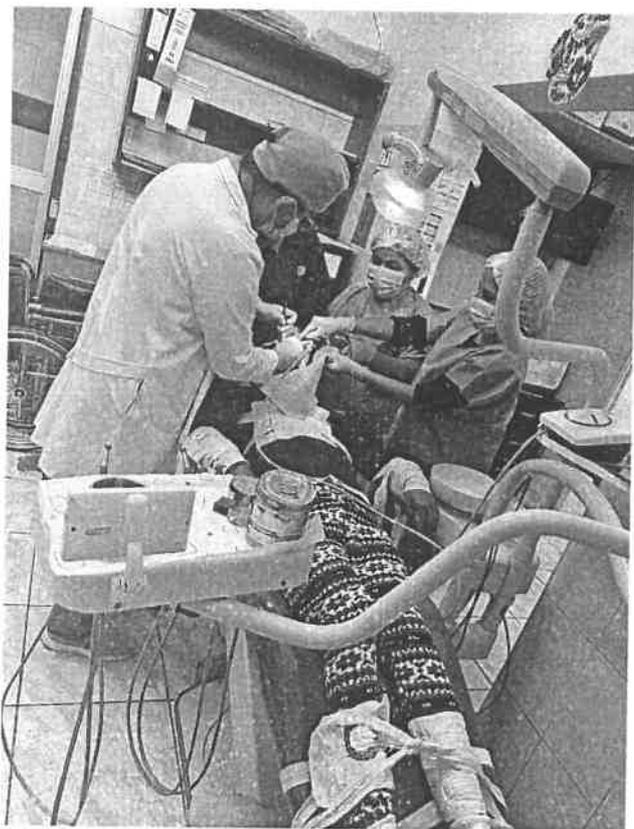
2.- FLUJOGRAMA PACIENTE CON URGENCIA DEL SERVICIO DE ODONTOESTOMATOLOGÍA- HHV



3.- FLUJOGRAMA PACIENTE NUEVO Y/O CONTINUADOR DEL SERVICIO DE ODONTOESTOMATOLOGÍA- HHV



ANEXOS



REFERENCIAS

Colegio odontológico del Perú **COP**. Consentimiento informado. Internet. Revisado 05/08/2024 Disponible en :<https://www.cop.org.pe/consentimiento-informado>.

Ministerio de salud del Perú **MINSA**. NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL USO DEL ODONTOGRAMA: NTS N° 188-MINSA/ DGIESP-2022 / Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Salud Bucal - Lima: Ministerio de Salud; 2022. 28 p. Revisado 05/08/2024. Disponible en : <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3456674/NTS%20N%C2%BA%20188-MINSA/DGIESP-2022.pdf>.

Instituto Nacional de salud del niño san Borja. **INSN** . Consentimiento Informado para Sujeción/Contención Mecánica en pacientes Pediátricos. Internet. Revisado 05/08/2024. Disponible en: <https://portal.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2021/RD%20N%C2%B0%20000095-2021-DG-INSNSB%20Consentimiento%20informado%20Sujeci%C3%B3n%20Mec%C3%A1nica%20Pediatr%C3%ADa.pdf>.

Hospital Hermilio Valdizan **HHV** Formato de Historia clínica y consentimiento informados de odontopostomatología del Hospital Hermilio Valdizan. Internet. Revisado 05/08/2024. Disponible en: Internet. http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Resoluciones_Directoriales/2018/271-DG-28122018.PDF.

Conflicto de Intereses:

No se cuenta con ningún conflicto de interés por ningún participante.

- 1.- Jorge Alejandro Reyes Saberbein, Coordinador y jefe del servicio de odontología.
- 2.- Raúl Clever Palian Pucumucha, asistencial Cirujano Dentista del servicio de odontología.
- 3.- Úrsula Margarita Gutiérrez Samaniego, asistencial Cirujana Dentista del servicio de odontología.
- 4.- Sonia Magali Supo Cruz, Encargadas de búsqueda informatizada, orden de la guía, imágenes, diseño y asistencial Cirujano Dentista del servicio de odontología.
- 5.- Carmen Amelia Navarro Contreras, Encargadas de búsqueda informatizada, orden de la guía, imágenes, diseño y asistencial Cirujano Dentista del servicio de odontología.