



SERVICIO SALUD IQUIQUE
SUBDIRECCION DE GESTIÓN ASISTENCIAL SSI
DEPTO. ASESORIA JURÍDICA SSI
MVZ/JCT/CHO/JSA

S. V. J.

2666

RESOLUCIÓN EXENTA N°

IQUIQUE, 31 AGO. 2017

VISTOS:

Lo dispuesto en el Artículo 9 del Decreto con Fuerza de Ley N° 01 del año 2000, publicado en el Diario Oficial del 17/11/2001, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; Lo dispuesto en el D.F.L. N° 01/2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2.763 de 1979 y de las Leyes Nos. 18.933 y 18.469; Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria; Decreto N° 140/04, del Ministerio de Salud que aprobó el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud; ; Resolución 1600/2008 de la Contraloría General de la República; Decreto N° 22/2016, del Ministerio de Salud;

CONSIDERANDO:

- 1.- Que se requiere actualizar y aprobar el **Protocolo Resolutivo en Prótesis Removible, del Servicio de Salud Iquique.**
- 2.- Que los Protocolos son Instrumentos que contienen un conjunto de recomendaciones en base a revisiones bibliográficas y acuerdos entre profesionales expertos sobre prestaciones diagnósticas, terapéuticas y/o de referencia, más adecuados a utilizar ante un determinado problema de salud
- 3.- Que objetivo general de los protocolos es normalizar la práctica clínica y, por tanto, disminuye variabilidad de la atención, mejora y asegura la calidad de servicios prestados, siendo una fuente de información y capacitación para los profesionales que se incorporan a la institución, proporcionando resguardo legal ante posibles demandas, a su vez, hace comparables los resultados en distintos establecimientos y, al ser diseñados y aplicados correctamente, permite mejorar los resultados de salud.
- 4.- Que los Protocolos Resolutivos en Red son documentos que describen el tránsito completo de un paciente a través de la Red para resolver su problema de salud y, por tanto, aúnan en un solo documento el ámbito de resolución clínica, el de referencia y contrarreferencia y la gestión del registro teniendo como objetivo final estandarizar el proceso de resolución de un problema de salud en forma eficiente y oportuna en la Red.

RESUELVO:

- 1.- **APRUEBASE**, el Protocolo Resolutivo en Prótesis Removible, del Servicio de Salud Iquique, Edición: Tercera, aprobado en julio de 2017 y que rige por el período 2017-2020.
- 2.-El referido protocolo contiene objetivo general, objetivos específicos, alcance, responsabilidad y autoridad, definiciones, desarrollo de la actividad, tiempo de respuesta, contrarreferencia, indicadores, distribución, bibliografía y anexos.
- 3.- El protocolo consta de 14 páginas que se entenderán incorporadas al texto de la presente resolución.



NOTESE, REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

Maria Vera Zamora
DR. MARIA VERA ZAMORA
DIRECTORA (T y P)
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE



SERVICIO SALUD IQUIQUE
 SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN ASISTENCIAL SSI
 DEPTO. ASESORIA JURÍDICA SSI
 MVZ/JC/CH/OJSA

[Handwritten signature]

2666

RESOLUCIÓN EXENTA N°

IQUIQUE, 31 AGO. 2017

VISTOS:

Lo dispuesto en el Artículo 9 del Decreto con Fuerza de Ley N° 01 del año 2000, publicado en el Diario Oficial del 17/11/2001, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; Lo dispuesto en el D.F.L. N° 01/2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2.763 de 1979 y de las Leyes Nos. 18.933 y 18.469; Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria; Decreto N° 140/04, del Ministerio de Salud que aprobó el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud; ; Resolución 1600/2008 de la Contraloría General de la República; Decreto N° 22/2016, del Ministerio de Salud;

CONSIDERANDO:

- 1.- Que se requiere actualizar y aprobar el **Protocolo Resolutivo en Prótesis Removible, del Servicio de Salud Iquique.**
- 2.- Que los Protocolos son Instrumentos que contienen un conjunto de recomendaciones en base a revisiones bibliográficas y acuerdos entre profesionales expertos sobre prestaciones diagnósticas, terapéuticas y/o de referencia, más adecuados a utilizar ante un determinado problema de salud
- 3.- Que objetivo general de los protocolos es normalizar la práctica clínica y, por tanto, disminuye variabilidad de la atención, mejora y asegura la calidad de servicios prestados, siendo una fuente de información y capacitación para los profesionales que se incorporan a la institución, proporcionando resguardo legal ante posibles demandas, a su vez, hace comparables los resultados en distintos establecimientos y, al ser diseñados y aplicados correctamente, permite mejorar los resultados de salud.
- 4.- Que los Protocolos Resolutivos en Red son documentos que describen el tránsito completo de un paciente a través de la Red para resolver su problema de salud y, por tanto, aúnan en un solo documento el ámbito de resolución clínica, el de referencia y contrarreferencia y la gestión del registro teniendo como objetivo final estandarizar el proceso de resolución de un problema de salud en forma eficiente y oportuna en la Red.

RESUELVO:

- 1.- **APRUEBASE**, el Protocolo Resolutivo en Prótesis Removible, del Servicio de Salud Iquique. Edición: Tercera, aprobado en julio de 2017 y que rige por el período 2017-2020.
- 2.-El referido protocolo contiene objetivo general, objetivos específicos, alcance, responsabilidad y autoridad, definiciones, desarrollo de la actividad, tiempo de respuesta, contrarreferencia, indicadores, distribución, bibliografía y anexos.
- 3.- El protocolo consta de 14 páginas que se entienden incorporadas al texto de la presente resolución.


NOTESE, REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE
[Handwritten signature]
MARIA VERA ZAMORA
 DIRECTORA (T y P)
 SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

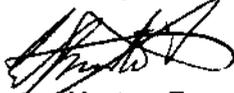
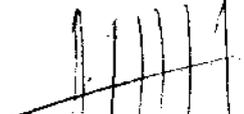
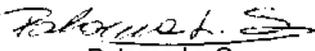
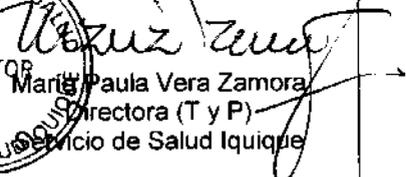
DISTRIBUCION:

Subsecretaría de Redes Asistenciales MINSAL
 División Atención Primaria MINSAL
 SEREMI SALUD Región Tarapacá
 Subdirección Gestión Asistencial SSI (d) sdga.ssi@redsalud.gob.cl
 Depto. Asesoría Jurídica SSI (d) juridica.ssi@redsalud.gob.cl
 Depto. Atención Primaria SSI (d) aps.ssi@redsalud.gob.cl
 Oficina de Partes


 Lo que transcribe a Ud. para su conocimiento y fines pertinentes
MINISTRO DE FE
[Handwritten signature]
SANDRA PULVEDA PADILLA
 DIRECTORA DE FE



PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED
PROTESIS REMOVIBLE
SERVICIO SALUD IQUIQUE
2017 - 2020

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
<p style="text-align: center;"> Carolina Montero R. Rehabilitadora Oral HETG</p> <p style="text-align: center;"> Francisco Montalva A. Rehabilitador Oral HETG</p> <p style="text-align: center;"> Nelson Herrera Rehabilitador Oral - Implantólogo HETG</p>	<p style="text-align: center;"> Paloma Ly S. Encargada Referencia y Contrareferencia Servicio Salud Iquique</p> <p style="text-align: center;"> Yukiko Kuwahara A. Encargada Unidad de Calidad Servicio de Salud Iquique</p> <p style="text-align: center;"> Javiera Sanchez A. Referente Odontológico Servicio de Salud Iquique</p>	<p style="text-align: center;"> María Paula Vera Zamora Directora (T y P) Servicio de Salud Iquique</p>
Fecha: Enero 2017	Fecha: Junio 2017	Fecha: Julio 2017



**PROCOLO RESOLUTIVO EN RED
PROTESIS REMOVIBLE**

Servicio Salud Iquique

Código: ODO-RCR-PROT.REMOV.

Edición: Tercera

Fecha: Julio 2017

Página: 2 de 14

Vigencia: 3 años

INDICE

OBJETIVO GENERAL	3
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
ALCANCE	3
RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD	4
DEFINICIONES	5
DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	6
TIEMPO RESPUESTA	11
CONTRAREFERENCIA	11
INDICADORES	12
DISTRIBUCIÓN	13
BIBLIOGRAFÍA	13
ANEXOS	14



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED
PROTESIS REMOVIBLE**

Servicio Salud Iquique

Código: ODO-RCR-PROT.REMOV.

Edición: Tercera

Fecha: Julio 2017

Página: 3 de 14

Vigencia: 3 años

1. OBJETIVO GENERAL.

- Establecer criterios estandarizados de derivación y priorización de pacientes desdentados totales o parciales, mejorando la pertinencia de la referencia y contrareferencia entre los establecimientos de Atención Primaria (APS) y los dispositivos que están realizando rehabilitación oral en la región de Tarapacá; Hospital Ernesto Torres Galdames (HETG) ubicado en comuna Iquique y, CGU Hector Reyno (CGU HR), ubicado en comuna Alto Hospicio.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Mejorar los canales de comunicación existentes entre los equipos de trabajo de la atención primaria y secundaria.
- Entregar criterios de manejo y derivación de pacientes desdentados totales o parciales.
- Establecer los requisitos clínicos que debe cumplir el paciente previo a la confección de sus prótesis removibles.
- Establecer las recomendaciones para prevenir complicaciones posteriores al tratamiento y prolongar la vida útil de la rehabilitación.

3. ALCANCE O CAMPO DE APLICACIÓN.

- El presente documento será de aplicación en el nivel primario y secundario de atención, que incluyen: postas de salud rurales (PSR), centros de salud urbanos y rurales (CGU y CGR), y Consultorio Adosado de Especialidades (CAE) del HETG.



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED
PROTESIS REMOVIBLE**

Servicio Salud Iquique

Código: ODO-RCR-PROT.REMOV.

Edición: Tercera

Fecha: Julio 2017

Página: 4 de 14

Vigencia: 3 años

4. RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD.

4.1. Responsable de ejecución.

- Profesional odontólogo de APS es responsable de pesquisar, diagnosticar la patología, iniciar su tratamiento y derivar con consentimiento informado a los pacientes que cumplan con las características señaladas en este documento, previa revisión de la interconsulta por parte del odontólogo interfaz de su establecimiento.
- Profesional odontólogo especialista en rehabilitación oral del HETG o CGU HR es responsable de confirmar y/o descartar el diagnóstico, indicar, realizar tratamiento y seguimiento, así como realizar la contrareferencia a APS. El profesional especialista también aplicará criterios de priorización en la atención según caso clínico.

4.2. Responsable del monitoreo y evaluación.

- Odontólogo interfaz de APS es responsable de evaluar y controlar la correcta aplicación de los protocolos de derivación a nivel secundario, correcto llenado de formulario de derivación y enviar finalmente la derivación.
- Odontólogo de interfaz del nivel secundario es responsable de evaluar la pertinencia de las derivaciones y velar por el cumplimiento correcto de la contrarreferencia a APS, informando al jefe de la Unidad Dental del HETG o CGU HR según corresponda.
- El funcionamiento del odontólogo interfaz de APS y odontólogo interfaz de nivel secundario serán monitoreados por el referente odontológico del Servicio de Salud de Iquique y por el Encargado de Referencia y Contrareferencia de la Subdirección de Gestión Asistencial



PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED PROTESIS REMOVIBLE

Servicio Salud Iquique

Código: ODO-RCR-PROT.REMOV.

Edición: Tercera

Fecha: Julio 2017

Página: 5 de 14

Vigencia: 3 años

- Jefe de la Unidad Dental es responsable de efectuar el control y seguimiento de los indicadores e informar resultados de manera semestral al Director(a) del HETG, al referente odontológico del servicio de salud y al Encargado de Referencia y Contrareferencia del Departamento de Planificación y Control de Gestión del SSI.

5. DEFINICIONES.

- Pacientes desdentados totales y/o parciales: Pacientes que han sufrido o sufrirán la pérdida total o parcial de sus piezas dentales, que por razones funcionales, estéticas y/o mecánicas, necesiten de su rehabilitación protésica.
- Prótesis inmediata: Prótesis que se realiza e instala inmediatamente después de realizadas las exodoncias o modificaciones de las estructuras orales, por razones estéticas y/o funcionales principalmente.
- Reparación de prótesis: Se considera que una prótesis necesita ser reparada cuando presenta alguna de las siguientes condiciones:
 - Haya sufrido una fisura sin desplazamiento de sus bordes.
 - Presenta fractura simple con desplazamiento de sus partes.
 - Pérdida de piezas dentales naturales.
 - Pérdida de piezas dentales de la prótesis.
 - Pérdida de retenedores.
 - Rebasados definitivos de prótesis inmediata o por reabsorción ósea.

5.1. Clasificación Diagnóstica:

- Desdentado total superior y/o inferior.
- Desdentado parcial superior y/o inferior.
- Estomatitis sub-protésica tipo 2 y 3.

	PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED PROTESIS REMOVIBLE Servicio Salud Iquique	Código: ODO-RCR-PROT.REMOV.
		Edición: Tercera
		Fecha: Julio 2017
		Página: 6 de 14
		Vigencia: 3 años

6. DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

6.1. Cobertura terapéutica:

Los tratamientos protésicos a realizar son:

- Prótesis total acrílica.
- Prótesis parcial acrílica.
- Reparaciones protésicas. En aquellas prótesis que se hayan realizado en este servicio.
- Prótesis inmediata (sólo frente estético).

6.2. Derivación de pacientes desde APS a atención secundaria (HETG o CGU HR)

6.2.1. Criterios de Inclusión:

Todo paciente que requiera tratamiento protésico removible y cuyo diagnóstico este descrito en el punto 6.1, debe cumplir, con las siguientes características clínicas para ser incluidos en los criterios de derivación:

- ***Pacientes desdentados parciales***, deben tener el **Alta Integral** de APS, es decir, deben ser derivados con la totalidad de tratamientos previos realizados:
 - Alta periodontal.
 - Alta de operatoria dental.
 - Aquellos pacientes que se les realicen exodoncias en APS, deben presentar su reborde óseo regularizado (libre de espículas e irregularidades, para lo que se sugiere, limar el tejido óseo en los casos que corresponda), previo a la derivación.



PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED PROTESIS REMOVIBLE

Servicio Salud Iquique

Código: ODO-RCR-PROT.REMOV.

Edición: Tercera

Fecha: Julio 2017

Página: 7 de 14

Vigencia: 3 años

- Se debe nivelar el plano oclusal, previo a la derivación, según el criterio del profesional tratante de APS, realizando las restauraciones y/o extracciones de aquellos dientes que lo requieran (atriciones severas, extrusiones dentarias que dejen un inadecuado espacio intermaxilar, etc).
- **Pacientes desdentados totales**, con sus tratamientos (exodoncias) realizados:
 - Se debe colocar especial cuidado en el manejo de tejidos duros y blandos, tras las exodoncias de piezas dentales realizadas en APS, con la finalidad de proporcionar rebordes regularizados en aquellos pacientes a derivar.
 - Aquellos pacientes, con rebordes alterados (hipertróficos, irregulares, reducidos, retentivos, etc.); deben ser derivados para la evaluación del especialista.
- **Pacientes portadores de prótesis dental**, que requieran de **reparación o corrección**, deben ser derivados con **Alta Integral de APS**, es decir, con toda la operatoria y periodoncia básica realizada. Además, para ser incluidos en este criterio, sus prótesis, ***deben haber sido confeccionadas en HETG o en CGU HR.***
- Pacientes que requieran ***prótesis inmediatas***: las prótesis inmediatas sólo se realizarán en pacientes con compromiso estético anterior (grupos II y V), los que en el momento de su derivación deben contar con su respectiva alta integral de APS. Las exodoncias serán realizadas o canalizadas por el especialista de la atención secundaria.



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED
PROTESIS REMOVIBLE**

Servicio Salud Iquique

Código: ODO-RCR-PROT.REMOV.

Edición: Tercera

Fecha: Julio 2017

Página: 8 de 14

Vigencia: 3 años

- Paciente **GES** en **Salud Oral de la Embarazada y 60 años**, con sus tratamientos previos realizados y **cuyos casos NO hayan sido cerrados en APS.**

Se informará mensualmente a APS el listado de los pacientes de alta a fin de identificar los usuarios que no han sido tratados los últimos 5 años en el HETG y verificar la pertinencia de la derivación.

6.2.2. Criterios de Exclusión:

- Pacientes con alteraciones cognitivas severas.
- Desdentados parciales con pérdida de un diente posterior en una o ambas arcadas.
- Desdentados parciales con pérdida de dos dientes posteriores de distinta hemiarcada, en algún arco dentario. ¹
- Reemplazo exclusivo de segundos y terceros molares.
- Presencia de restos radiculares, lesiones de caries activas y tártaro supragingival.
- En los casos de pacientes que requieran tratamiento periodontal de nivel secundario, primero deberán ser derivados a dicha especialidad, pese a ser desdentados parciales, y será el periodoncista, quien genere la derivación posterior a Rehabilitación Oral.
- La duración de las prótesis realizadas en secundaria, están pensadas entre 5 y 7 años, período en el cual **no se debe repetir tratamiento,** salvo en casos muy justificados como accidentes, asaltos, etc. donde se podrán realizar otras, siempre y cuando, el paciente, presente la



PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED PROTESIS REMOVIBLE

Servicio Salud Iquique

Código: ODO-RCR-PROT.REMOV.

Edición: Tercera

Fecha: Julio 2017

Página: 9 de 14

Vigencia: 3 años

documentación que acredite lo acontecido (constancia o denuncia en carabineros), informe médico legista o lo que corresponda.

- Evitar derivaciones por petición expresa del paciente, sin pertinencia clínica ejemplo; rebordes atróficos mandibulares o prótesis a repetición menos de 5 años
- Presencia de características anatómicas evidentes que impidan la rehabilitación protética ej: torus mandibular. Debiendo ser derivados a cirugía para evaluación de cirugía maxilofacial pre-protética
- Pacientes con necesidades quirúrgicas deben ser derivados a Cirugía Máxilofacial y luego dichos especialistas realizarán SIC interna a Rehabilitación Oral.

6.3. Conductas y exámenes solicitados por odontólogo de APS previo a la derivación y que debe presentar el paciente en Unidad Dental al momento de su atención con el odontólogo especialista:

- Radiografías periapicales de piezas comprometidas o pilares, cuando sea necesario.
- Ortopantomografía (cuando el caso lo requiere).

6.4. Documentos emitidos por el odontólogo (a) tratante de APS:2

El odontólogo de APS, deberá derivar usando el formulario oficial de solicitud de interconsulta (SIC), el que debe contener la siguiente información como contenido mínimo:

- Datos del paciente (nombre, rut, edad, número telefónico de contacto y dirección actualizada).
- Especialidad: Prótesis Removible



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED
PROTESIS REMOVIBLE**

Servicio Salud Iquique

Código: ODO-RCR-PROT.REMOV.

Edición: Tercera

Fecha: Julio 2017

Página: 10 de 14

Vigencia: 3 años

- Especificación:
- **Clasificación Diagnóstica: punto 6.1 (donde se especifique el tipo de desdentamiento y si es uni o bimaxilar)**
- **Cobertura terapéutica: punto 7.1.**
- Hipótesis Diagnóstica:
- Fundamento Diagnóstico:
- Tratamientos administrados o realizados. (necesarios para su Alta integral APS)
- Fecha de última Alta Protésica.
- Nombre, RUT, firma, timbre del profesional.
- Número telefónico de contacto en CESFAM.
- Adjuntar Consentimiento Informado (Anexo N°1), firmado, con copia al paciente y al odontólogo interfaz.

Si la interconsulta no contara con el citado contenido mínimo será considerada como no pertinente por parte del Odontólogo Interfaz de APS y/o nivel secundario.

Otra información que podría complementar la solicitud de interconsulta serían otros exámenes realizados, si amerita.

6.5. Documentos emitidos por el odontólogo (a) especialista en establecimiento de atención secundaria (HETG o CGU HR)

- El especialista remitirá el formulario SIC señalando: diagnóstico definitivo, indicaciones de tratamiento y periodo del próximo control en nivel primario y/o secundario según corresponda.
- En dicho documento debe consignar el nombre y número telefónico de contacto en atención secundaria.



PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED PROTESIS REMOVIBLE

Servicio Salud Iquique

Código: ODO-RCR-PROT.REMOV.

Edición: Tercera

Fecha: Julio 2017

Página: 11 de 14

Vigencia: 3 años

6.6. Criterios de priorización en Atención Secundaria:

- Pacientes GES
- Paciente con compromiso de frente estético (grupos II y V), debido a razones periodontales, evento traumático, indicación de exodoncia de diversa índole, etc.
- Pacientes desdentados totales.
- Pacientes con estomatitis sub-protésica tipo 2 y 3.
- Todo paciente no descrito en los puntos anteriores y con necesidad de rehabilitación protésica.

7. TIEMPO DE RESPUESTA

- 18 meses.

8. CONTRAREFERENCIA

- Las rehabilitaciones protésicas realizadas a nivel secundario serán controladas en primera instancia en este mismo establecimiento (HETG o CGU HR), hasta su alta integral. Se efectuará un mínimo de 2 controles y un máximo según lo amerite el caso.
- Después de realizado el tratamiento rehabilitador será devuelto a APS para su mantención y control periódico.
- Los criterios de contrarreferencia los establece odontólogo especialista según el alcance de resolución de la patología.



PROCOLO RESOLUTIVO EN RED PROTESIS REMOVIBLE

Servicio Salud Iquique

Código: ODO-RCR-PROT.REMOV.

Edición: Tercera

Fecha: Julio 2017

Página: 12 de 14

Vigencia: 3 años

9. INDICADORES

Nombre del Indicador	% de derivaciones realizadas de acuerdo a Protocolo
Tipo de Indicador	Proceso
Dimensión	Acceso, oportunidad y continuidad en la atención
Fórmula	$\frac{\text{Nº Total de pacientes evaluados en especialidad de Prótesis Removible de la Unidad Dental de HETG que cumplen con los criterios de referencia según protocolo de Prótesis Removible RCR.}}{\text{Nº Total de pacientes referidos según protocolos de Prótesis Removible RCR, desde APS a especialidad de Prótesis Removible de la Unidad Dental HETG}} \times 100$
Umbral	95%
Criterio de análisis	Óptimo: 90% - 100% Aceptable: 89% Crítico: < 89%
Justificación/Fundamento	Asegurar la correcta referencia de especialidad Prótesis Removible
Fuente y método de recolección	Carpeta de registro de notificación de resultados críticos
Periodicidad	Anual
Responsable	Odontólogos de Interfaz atención primaria Odontólogos interfaz atención secundaria



**PROCOLO RESOLUTIVO EN RED
PRÓTESIS REMOVIBLE**

Servicio Salud Iquique

Código: ODO-RCR-PROT.REMOV.

Edición: Tercera

Fecha: Julio 2017

Página: 13 de 14

Vigencia: 3 años

10. DISTRIBUCIÓN

- Dirección SSI.
- Dirección HETG.
- Dirección de CGU HR
- Subdirección médica, HETG.
- Oficina de calidad y seguridad del paciente, HETG.
- Consultorio Adosado de Especialidades (CAE), HETG.
- Subdirección de gestión asistencial, SSI.
- Oficina de calidad, SSI.
- Red atención primaria salud región de Tarapacá.
- Jefe Unidad Dental HETG.
- Departamento de Planificación y Control de Gestión SSI.
- Departamento TIC e Información en Salud.

11. BIBLIOGRAFÍA.

- Guías clínicas N°47 del 2007 del MINSAL.
- Prótesis completas, del Dr. Alfonso Catalán S. Editorial Anibal Pinto edición 1999.
- Protocolo referencia y contrarreferencia "Prótesis Removible 2014- 2018" Servicio Salud Iquique. Sergio Marín, Álvaro Guzmán, Francisco Montalva, Nelson Herrera.



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED
PROTESIS REMOVIBLE**

Servicio Salud Iquique

Código: ODO-RCR-PROT.REMOV.

Edición: Tercera

Fecha: Julio 2017

Página: 14 de 14

Vigencia: 3 años

ANEXO 1

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
PROTESIS REMOVIBLE**

Lugar y fecha _____

1.- Toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud. Este derecho debe ser ejercido en forma libre, voluntaria, expresa e informada, para lo cual será necesario que el profesional tratante le entregue información adecuada, suficiente y comprensible.

2.- El/la que suscribe _____, RUT N° _____, con domicilio en calle _____ otorgo mi consentimiento a la derivación a la especialidad de prótesis removible, propuesta por el/la Dr/a _____.

3.- A propósito declaro haber sido informado y haber comprendido acabadamente que:

- Al momento de ser derivado, cumplo con las condiciones de higiene y salud oral óptimas y que de no mantenerlas hasta el momento de atención por el especialista, el tratamiento protésico podría no realizarse.
- Debo cumplir con las indicaciones de higiene y controles dentales trimestrales entregadas por el odontólogo tratante, siendo mi responsabilidad, mi boca "sana", durante el tiempo de espera al llamado para ingresar a tratamiento protésico.
- Declaro estar en conocimiento de que luego de emitida la interconsulta desde APS seré sometido a una segunda evaluación por el especialista quien determinará si cumplo los criterios para ingresar al tratamiento.
- Debo mantener al día la situación previsional en FONASA.
- Debo mantener actualizado mi teléfono de contacto, ya que será por esa vía que se comunicaran conmigo para cambios de hora o citaciones.
- Debo cumplir con los deberes económicos propios del tratamiento protésico al que es derivado, en conformidad a mi previsión.
- Debo cumplir con las citaciones otorgadas por el especialista, ya que al tener 2 inasistencias injustificadas seguidas o 3 intermitentes, se dará por terminado el tratamiento.
- Debo acudir a la cita de entrega de los aparatos protésicos, en caso contrario, asumo el riesgo de que no queden bien ajustados.

Firma del Paciente o Representante

Firma y timbre del Odontólogo