



Instituto de Previsión Social
Consejo de Administración

Acta N° 031/2023 de fecha 17 de mayo de 2023

RESOLUCIÓN C.A. N° 031-025/2023

POR LA QUE SE APRUEBAN LOS FORMULARIOS DE “CONSENTIMIENTO INFORMADO CIRUGÍA ORAL” Y “CONSENTIMIENTO INFORMADO TRATAMIENTO MÉDICO-ODONTOLÓGICO”; Y SE ADOPTA EN TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS DE LA RED DE SALUD DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL.

VISTO: El Expediente Digital identificado como CA/N° 864/2023, recepcionado en la Secretaría del Consejo de Administración, en fecha 04 de mayo de 2023, el cual contiene la Nota Interna G.S. N° 052/2023, de fecha 02 de mayo de 2023, identificada como NOT-4485-2022-000011, de la Gerencia de Salud, por la que se eleva a conocimiento y consideración el proyecto de Resolución “POR LA QUE SE APRUEBAN LOS FORMULARIOS DE “CONSENTIMIENTO INFORMADO CIRUGÍA ORAL” Y “CONSENTIMIENTO INFORMADO TRATAMIENTO MÉDICO-ODONTOLÓGICO”; Y SE ADOPTA EN TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS DE LA RED DE SALUD DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL”; y

CONSIDERANDO: Que, el Código Sanitario en su Art. 24° dispone que: “...ninguna persona podrá recibir atención médica u odontológica sin su expreso consentimiento...”, siendo el consentimiento informado una herramienta a través de la cual se proporciona al paciente información relacionada con los riesgos y beneficios posibles de un procedimiento o tratamiento médico, para poder implicarse libremente en la decisión de realizarse el mismo;

Que, la Dirección de Gestión Médica, a través del Departamento de Fiscalización de Gestión Médica, luego de realizar ajustes al formato propuesto, otorga su parecer favorable;

Que, al respecto, la Dirección Jurídica se ha expedido en el Dictamen N° 1336/2022, de fecha 21 de diciembre de 2022, refiriendo que el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social dicta la Resolución N° 749/2017, por la cual se aprueba el “*Protocolo de Aplicación del Consentimiento Informado y se establece su utilización obligatoria en los Establecimientos que forman parte del Sistema Nacional de Salud*”;

Que, el Inc. c) del Art. 13° del Decreto - Ley N° 1860/50, aprobado por Ley N° 375/56 y modificado por el Art. 2° de la Ley N° 98/92, faculta al Consejo de Administración del IPS a “*Dictar y reformar los reglamentos internos del Instituto*”;

Por tanto, en uso de sus atribuciones;

FDO.: DR. VICENTE MARIO BATAGLIA ARAÚJO, PRESIDENTE
LIC. LUDIA CLAUDINA SILVERA LÓPEZ / DR. RICARDO VICENTE OVIEDO MEDINA
ABG. MIGUEL ÁNGEL DOLDÁN MARTINEZ / LIC. GUSTAVO RAMÓN ARIAS
SR. ROBERTO BRÍTEZ FERREIRA. MIEMBROS DEL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN
ABG. ANA MARÍA ANGÉLICA CASTRO AQUINO. Secretaria del Consejo de Administración



El presente instrumento es de carácter público, garantizando la transparencia de la gestión pública. Se podrá acceder al mismo de forma libre, conforme a la reglamentación legal vigente que rige la materia, en atención al principio de publicidad de la administración pública, con excepción de aquellos documentos que por su naturaleza, su acceso se encuentre restringido por la Ley.



Instituto de Previsión Social
Consejo de Administración

Acta N° 031/2023 de fecha 17 de mayo de 2023

RESOLUCIÓN C.A. N° 031-025/2023

EL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN DEL
INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

RESUELVE:

- 1º) Aprobar los Formularios de “Consentimiento Informado Cirugía Oral” y “Consentimiento Informado Tratamiento Médico-Odontológico”; y se adoptan en todos los establecimientos de la Red de Salud del Instituto de Previsión Social, conforme al Anexo, el cual se encuentra refrendado por la Secretaria del Consejo de Administración y las Áreas Técnicas respectivas, que consta de 02 (dos) fojas y se adjunta a la presente Resolución.-----
- 2º) Encomendar a la Dirección de Hospitales Área Central, a través de la Dirección del Centro Odontológico, la socialización del documento aprobado, para su implementación en todas las dependencias asistenciales del IPS.-----
- 3º) Establecer que la Gerencia de Salud es la responsable de la integridad del expediente físico y su coherencia con la versión digital registrada para el tratamiento por parte del Consejo de Administración.-----
- 4º) Comunicar a quienes corresponda y archivar.-----
SC/sp/pb.-

FDO.: DR. VICENTE MARIO BATAGLIA ARAÚJO, PRESIDENTE
LIC. LUDIA CLAUDINA SILVERA LÓPEZ / DR. RICARDO VICENTE OVIEDO MEDINA
ABG. MIGUEL ÁNGEL DOLDÁN MARTÍNEZ / LIC. GUSTAVO RAMÓN ARIAS
SR. ROBERTO BRÍTEZ FERREIRA. MIEMBROS DEL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN
ABG. ANA MARÍA ANGÉLICA CASTRO AQUINO. Secretaria del Consejo de Administración





INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

■ TETÃ REKUÁI
■ GOBIERNO NACIONAL

Paraguay
de la gente

CONSENTIMIENTO INFORMADO CIRUGIA ORAL

ESTABLECIMIENTO: _____

Quien suscribe _____ de _____ años de edad, con CI _____ Fecha de nacimiento ____/____/____.

Me doy por informado de los siguientes puntos referentes a dicho procedimiento:

La cirugía oral se realiza para resolver determinados problemas de la cavidad bucal, la intervención se realiza con anestesia local con el riesgo inherente asociado a la misma.

Todos los procedimientos suponen un indudable beneficio, sin embargo no están exentos de complicaciones, algunas de ellas inevitables, siendo las más frecuentes: alergias al anestésico u otro medicamento utilizado, antes, durante o después de la cirugía, hematoma y edema de la región en tratamiento; rotura de la aguja de anestesia, hemorragia postoperatoria; dehiscencia de la sutura; daño de dientes adyacentes; hipoestesia o anestesia, temporal o definitiva de algún nervio como el dentario inferior, el lingual o el infraorbitario; infección postoperatoria; fractura dental y permanencia de resto radicular; introducción de piezas dentales dentro del seno maxilar; osteítis; sinusitis; comunicación oronasal y/o orosinusal; fracturas óseas; rotura de instrumentos y otras situaciones no previstas.

Mediante la historia clínica, respondo sobre mi estado de salud y comprendo las explicaciones brindadas por el profesional, me han explicado la naturaleza de la afección que me aqueja.

Que con el diagnóstico de _____
El Procedimiento a seguir consiste en: _____

El/la odontólogo/a me ha explicado de forma satisfactoria qué es, como se realiza y para qué sirve el procedimiento intervención/exploración al que seré sometido. También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones, que éste es el procedimiento más adecuado para mi situación clínica actual y las consecuencias previsibles de su no realización.

He comprendido perfectamente todo lo anterior, he podido aclarar las dudas planteadas y DOY MI CONSENTIMIENTO para que me realicen el tratamiento

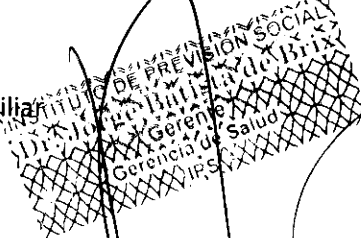
FIRMA Y ACLARACIÓN

CIN°

En Calidad de: paciente/tutor legal o familiar



FIRMA Y SELLO DEL ODONTÓLOGO





INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

■ TETĀ REKUĀI
■ GOBIERNO NACIONAL

Paraguay
de la gente

CONSENTIMIENTO INFORMADO TRATAMIENTO MÉDICO- ODONTOLÓGICO

ESTABLECIMIENTO: _____

Paciente: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Quien suscribe.....con C.I. N°.....
Autoriza al Dr./a..... Registro Profesional
N°..... y a su equipo de trabajo, a realizar el tratamiento que sea necesario.
Diagnóstico:..... y efectuar el siguiente
Procedimiento.....
.....en la especialidad de:.....así como
los procedimientos adicionales que sean terapéuticamente necesarios en el transcurso del
tratamiento.

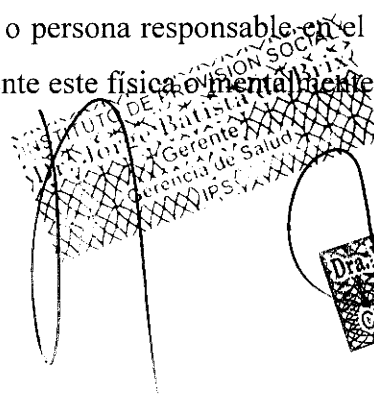
Consiento expresamente la administración de aquellos anestésicos y/o que puedan ser
considerados necesarios a criterio del profesional responsable y conforme a la regla de
las ciencias médicas y me comprometo a llevar a cabo las instrucciones post-quirúrgicas
que me ayuden a una rápida recuperación y posterior alta.

Certifico que he sido informado sobre el tratamiento médico/odontológico y de sus
posibles complicaciones, así como los riesgos inherentes y de las razones por las cuales
el procedimiento es considerado necesario, en previsión de posibles complicaciones,
alternativas y modo de tratamiento las cuales fueron explicadas por el
Dr/a.....

FIRMA DEL PACIENTE: _____

FIRMA DEL ODONTÓLOGO/A: _____

*Debe ser firmada por el paciente, familiar o persona responsable en el caso de que: el
paciente sea menor de edad, cuando el paciente este físicamente o mentalmente incapacitado.



2