


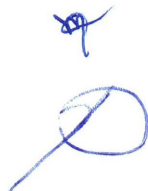


|   |                                  |  |  |
|---|----------------------------------|--|--|
|  <b>SALUD</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b> | <br>INPer | <b>INPer-DM-<br/>CSRCE-SE-MP</b><br><b>Rev. 9</b><br><b>Hoja: 1 de 1</b> |
|---|----------------------------------|--|--|

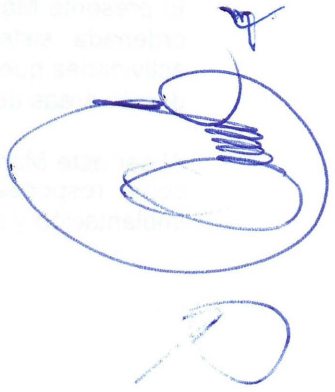
**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS  
DEL SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA**



**Marzo, 2026**

**ÍNDICE**

|   | HOJA |
|---|------|
| INTRODUCCIÓN  | 2    |
| I.- OBJETIVO DEL MANUAL   | 3    |
| II.- MARCO JURÍDICO   | 4    |
| III.- PROCEDIMIENTOS:   | 8    |
| 1.- Consulta de primera vez   |      |
| 2.- Consulta subsecuente  |      |
| 3.- Atención de interconsulta a paciente hospitalizado                    |      |
| 4.- Consultas de urgencias estomatológicas                                |      |
| 5.- Atención estomatológica a pacientes gineco-obstétricas con VIH o sida |      |
| Anexos  |      |



|  |                                  |   |  |
|--|----------------------------------|---|--|
|  <b>SALUD</b><br><small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b> | <br><small>INPer</small> | <b>INPer-DM-<br/>CSRCE-SE-MP</b><br><br>Rev. 9<br><br>Hoja: 2 de 8 |
|--|----------------------------------|---|--|

## INTRODUCCIÓN

El Servicio de Estomatología con fecha 26 de julio de 2021, mediante oficio INPER-DG-DM-0318-2021, girado por el Director Médico, cambia de adscripción para quedar bajo la línea de mando de la Coordinación de Salud Reproductiva y Consulta Externa, quien depende directamente de la Dirección Médica del Instituto Nacional de perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

El presente manual señala con precisión todos los procedimientos administrativos asistenciales que se realizan en el Servicio de Estomatología, su objetivo y políticas de operación.

El contenido de éste, presenta las bases para la aplicación de las diferentes técnicas de tipo preventivo, interceptivo, curativo y correctivo de las diferentes alteraciones y enfermedades buco dentales que con más frecuencia se presentan durante el embarazo, precisando las normas y procedimientos para su aplicación y uso.

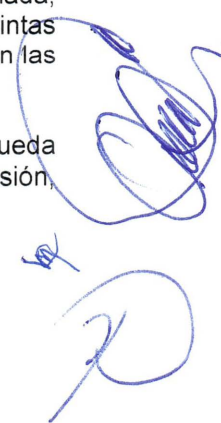
Para la realización de cualquier procedimiento estomatológico es necesario contar con un consentimiento informado firmado por la paciente, el cual se solicitará dependiendo del tipo de procedimiento a realizar. Este documento tiene como finalidad garantizar que la paciente reciba información clara sobre el tratamiento propuesto, sus beneficios, posibles riesgos y alternativas terapéuticas, permitiéndole tomar una decisión libre, consciente y voluntaria respecto a su atención dental. Asimismo, en caso de que el paciente no esté de acuerdo con el procedimiento propuesto, se requerirá la firma autógrafa del consentimiento de revocación. Ambos documentos se encontrarán como anexos al final del presente documento, y se seleccionarán según corresponda al procedimiento que se vaya a realizar.

A continuación se enlistan los consentimientos informados correspondientes a los posibles tratamientos dentales que pueden realizarse en el Servicio de Estomatología, los cuales se encuentran integrados en el sistema y se presentan como Anexos:

- 2444-13 Consentimiento Informado para Procedimiento de Alargamiento de Corona Estético
- 2444-14 Consentimiento Informado para Procedimiento de Operculectomía
- 2444-15 Consentimiento Informado para Procedimiento de Tratamiento de Conductos
- 2444-16 Consentimiento Informado para toma de Radiografías
- 2444-17 Consentimiento Informado para Procedimiento de Raspados y Alisados Radiculares
- 2444-18 Consentimiento Informado para Procedimiento de Biopsia
- 2444-19 Consentimiento Informado para Procedimiento de Coberturas Radiculares
- 2444-20 Consentimiento Informado para Procedimiento de Desbridamiento por colgajo
- 2444-21 Consentimiento Informado para Procedimiento de Apicectomía
- 2444-22 Consentimiento Informado para Procedimiento de Extracción de dientes neonatales
- 2444-23 Consentimiento Informado para Procedimiento de Frenotomía
- 2444-24 Consentimiento Informado para Procedimiento de Extracciones Dentales
- 2444-25 Consentimiento Informado para Procedimiento de Operatoria Dental

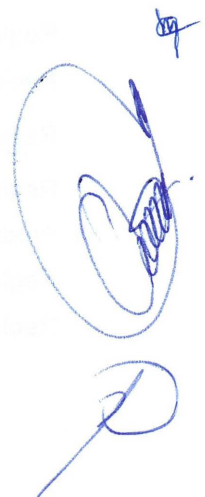
El presente Manual de Procedimientos, constituye un documento que presenta la información detallada, ordenada, sistemática e integral sobre políticas, funciones, sistemas y procedimientos de las distintas actividades que se realizan en el Servicio de Estomatología, así como la interacción que presenta con las demás áreas del Instituto.

Al ser éste Manual de Procedimientos un soporte para cumplir con la Misión y Visión del Instituto, queda como responsabilidad de la persona Titular del Servicio de Estomatología, su resguardo, difusión, implantación y actualización.



## I. - OBJETIVO DEL MANUAL

Establecer los lineamientos y procedimientos del Servicio de Estomatología para la identificación oportuna de alteraciones bucodentales en pacientes embarazadas de alto riesgo, así como para la aplicación de medidas preventivas y curativas que garanticen una atención estomatológica integral y eficiente.



## II.- MARCO JURÍDICO

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

### **Leyes**

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

Ley General de Salud.

Ley de los Institutos Nacionales de Salud.

Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.

Ley de Infraestructura de la Calidad.

Ley General para el Control del Tabaco.

Ley Federal de Austeridad Republicana.

Ley General de Archivos.

Ley General de Responsabilidades Administrativas.

Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Ley General de Protección de Datos personales en Posesión de los Sujetos Obligados.

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

### **Códigos**

Código Civil Federal.

Código Penal Federal.

### **Reglamentos**

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Sanidad Internacional.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de protección social en Salud.

Reglamento de Insumos para la Salud.

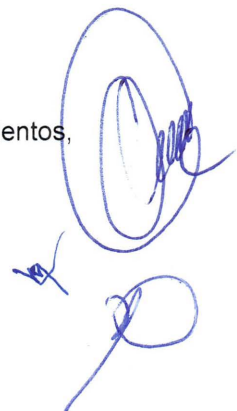
Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.



Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios.

Reglamento Interior de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

Reglamento de la Ley Federal de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.



|  |                                  |   |  |
|--|----------------------------------|---|--|
|  <b>SALUD</b><br><small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b> | <br><small>INPer</small> | <b>INPer-DM-<br/>CSRCE-SE-MP</b><br><br>Rev. 9<br><br>Hoja: 5 de 8 |
|--|----------------------------------|---|--|

### Decretos

Decreto por el que se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2025-2030

Decreto por el que se aprueba el Programa Sectorial de Salud 2025-2030

### Normas

Norma Oficial Mexicana NOM-177-SSA1-2013, Que establece las pruebas y procedimientos para demostrar que un medicamento es intercambiable. Requisitos a que deben sujetarse los Terceros Autorizados que realicen las pruebas de intercambiabilidad. Requisitos para realizar los estudios de biocomparabilidad. Requisitos a que deben sujetarse los Terceros Autorizados, Centros de Investigación o Instituciones Hospitalarias que realicen las pruebas de biocomparabilidad.

Norma Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2016, Instalación y operación de la farmacovigilancia.

Norma Oficial Mexicana NOM-229-SSA1-2002, Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X.

Norma Oficial Mexicana NOM-249-SSA1-2010, Mezclas estériles: nutricionales y medicamentosas, e instalaciones para su preparación.

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.

Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015, Para la prevención y control de enfermedades bucales.

Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.

Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009. Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.

Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999. Para la atención a la salud del niño.

Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2014, Para la vigilancia epidemiológica, promoción, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores.

Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento.

Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2012, Para la prevención y control de enfermedades en la peri menopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar atención médica.

Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012. Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano.

Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2014, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.

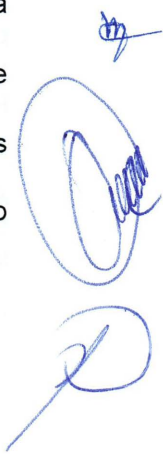
Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.

Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.

Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.

Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA-2023. Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas en establecimientos para la atención médica.



Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico.

Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011. Para la práctica de la anestesiología.

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011. Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos

Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.

Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012, Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos.

Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.

Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos.

Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012. Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.

Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.

Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA3-2012. Regulación de los servicios de salud. Para la práctica de la ultrasonografía diagnóstica.

Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA3-2013, Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.

Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA3-2010. Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad.

Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitolaria.

Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud.

Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA3-2016, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios de anatomía patológica.

Norma Oficial Mexicana NOM-002-SCT-SEMAR-ARTF-2023. Listado de sustancias y materiales peligrosos (mercancías peligrosas).

NORMA Oficial Mexicana NOM-011-1-SCT-2-2022, Especificaciones para el transporte de determinadas clases de mercancías peligrosas (sustancias o materiales peligrosos) embaladas/envasadas en cantidades exceptuadas-Especificaciones para el transporte de productos para el consumidor final, inclusive.



Norma Oficial Mexicana NOM-013-NUCL-2009, Requerimientos de seguridad radiológica para egresar a pacientes a quienes se les ha administrado material radiactivo.

Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.

### Acuerdos

Acuerdo por el que los titulares de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal del Sector Salud, consultarán a la Academia Nacional de Medicina y a la Academia Mexicana de Cirugía para la instrumentación de las políticas públicas en materia de salud.



|  |                                  |   |  |
|--|----------------------------------|---|--|
|  <b>SALUD</b><br><small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | <b>SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA</b> | <br><b>INPer</b> | <b>INPer-DM-<br/>CSRCE-SE-MP</b><br><hr/> <b>Rev. 9</b><br><hr/> <b>Hoja: 7 de 8</b> |
|--|----------------------------------|---|--|

Acuerdo por el que se establece que las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud solo deberán utilizar los insumos establecidos en el cuadro básico para el primer nivel de atención médica y para segundo y tercer nivel, el catálogo de insumos.

Acuerdo por el que se determinan los lineamientos a los que estará sujeta la venta y dispensación de antibióticos.

Acuerdo por el que se establece la Estrategia de Prevención y Promoción de la Salud durante la Línea de Vida.

Acuerdo por el que se establecen disposiciones generales obligatorias para la prevención, atención y control del VIH/SIDA, en las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.

Acuerdo por el que se establece la aplicación obligatoria en las instituciones públicas y privadas del Sistema Nacional de Salud, de los componentes sustantivos y estratégicos del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida y de la vigilancia epidemiológica activa de las defunciones maternas.

### **Lineamientos**

Lineamientos Generales para la organización y conservación de los archivos de las dependencias y entidades del Poder Ejecutivo Federal.

### **DISPOSICIONES LEGALES INTERNAS**

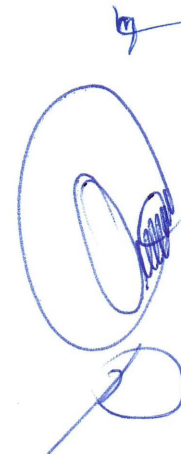
Condiciones Generales de Trabajo del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

Código de Conducta y Ética.

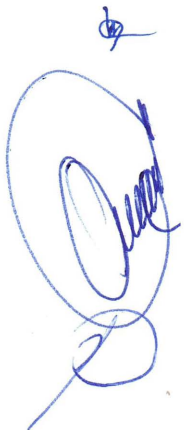
Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Perinatología, Isidro Espinosa de los Reyes.

### **Notas:**

1. Para lo no previsto dentro de este marco jurídico, se observará lo establecido en el marco jurídico regulatorio del Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.
2. El marco jurídico contenido en este Manual de Procedimientos se encuentra vigente y fue revisado por el Departamento de Asuntos Jurídicos mediante Oficio No. INPER-DG-DAJ-075-2026, con fecha 04 de marzo de 2026.



### III.- PROCEDIMIENTOS





**SALUD**

SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Coordinación de Estomatología

1.- Consulta de primera vez





INPer

INPer-DM-CSRCE-  
SE-MP-01

Rev. 9

Hoja: 1 de 6

## 1.- Consulta de primera vez

|  |                                 |   |                                |
|--|---------------------------------|---|--------------------------------|
|  <b>SALUD</b><br><small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b> | <br><small>INPer</small> | <b>INPer-DM-CSRCE-SE-MP-01</b> |
|  | Coordinación de Estomatología   |   | Rev. 9                         |
|  | 1.- Consulta de primera vez     |   | Hoja: 2 de 6                   |

## 1. Propósito

- 1.1 Realizar examen estomatológico a las pacientes embarazadas que acuden por primera vez y que presenten algún problema buco dental, así como determinar el resumen diagnóstico y planear el tratamiento a seguir.

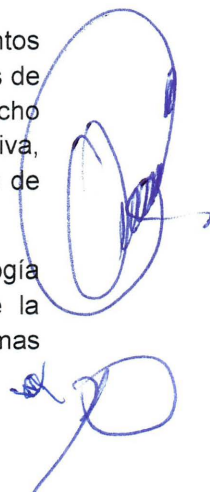
## 2. Alcance



- 2.1 A nivel interno, el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica, a la Coordinación de Salud Reproductiva y Consulta Externa y al Servicio de Estomatología.
- 2.2 A nivel externo, el procedimiento es aplicable a las Universidades que se encuentren en la entidad federativa en donde vive la paciente o en la dependencia pública o privada a la que la paciente pertenezca.

## 3. Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 Será responsabilidad de la persona Titular de la Dirección Médica verificar que la persona Titular de la Coordinación de Salud Sexual y Consulta Externa, a través de la persona Titular de la del Servicio de Estomatología, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

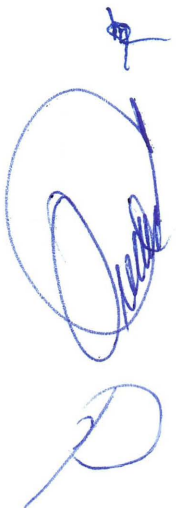
- Supervisar que los procedimientos estomatológicos que se realizan a las mujeres embarazadas sea en forma oportuna y eficiente.
- Implementar todos los casos clínicos para diagnosticar, asesorar y resolver las patologías que ameriten su tratamiento.
- Procurar que las pacientes se les atienda oportunamente a la fecha y hora de su cita.
- Atender sólo el tiempo necesario en el sillón dental a las mujeres embarazadas para evitar alguna complicación; 30 minutos, promedio por cada paciente y sólo en casos necesarios, si el procedimiento o tratamiento así lo requiere, el tiempo se prolongará.
- Recibir a las pacientes que presenten sintomatología psiquiátrica enviadas por los diferentes servicios de la Dirección Médica, mediante la "Solicitud de Interconsulta" (2003-15).
- Otorgar la consulta clínica con expediente en mano, capturando la "Nota de Evolución" en la plataforma electrónica SIGIN, de acuerdo a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA-3-2012. Del expediente clínico y la NOM-024-SSA3-2012. Sistemas de Información de registro electrónico para la salud. Intercambio de Información en Salud.
- Capturar en la plataforma electrónica correspondiente, el total de los insumos y procedimientos derivados de la atención proporcionada a los/las pacientes/as, así como plasmar las firmas de captura y autorización del personal de la salud que lo realiza y del que autoriza. Dicho documento deberá contar también con el nombre y número de cédula profesional respectiva, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana. NOM-024-SSA3-2012. Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de Información en Salud.
- Supervisar que el personal médico adscrito al servicio de la Coordinación de Estomatología utilice las claves de acceso proporcionadas por el Departamento de Tecnologías de la Información, así como por los encargados de la administración de las diferentes plataformas





|  |                                      |   |                                     |
|--|--------------------------------------|---|-------------------------------------|
|  <b>SALUD</b><br><small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>      | <br><b>INPer</b> | <b>INPer-DM-CSRCE-<br/>SE-MP-01</b> |
|  | <b>Coordinación de Estomatología</b> |   | <b>Rev. 9</b>                       |
|  | <b>1.- Consulta de primera vez</b>   |   | <b>Hoja: 3 de 6</b>                 |

médicas electrónicas, para la captura de la información, observando en todo momento la protección de los datos. Asimismo deberá notificar de manera inmediata a su superior jerárquico cualquier cambio de adscripción, movimiento interno o baja institucional.

- Verificar que la atención a los/las pacientes/as se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación, de acuerdo a la Norma Mexicana. NMX-R-025-SCFI-2015. En igualdad y No discriminación.



|   |                               |   |                         |
|---|-------------------------------|---|-------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS      |  | INPer-DM-CSRCE-SE-MP-01 |
|   | Coordinación de Estomatología |   | Rev. 9                  |
|   | 1.- Consulta de primera vez   |   | Hoja: 4 de 6            |

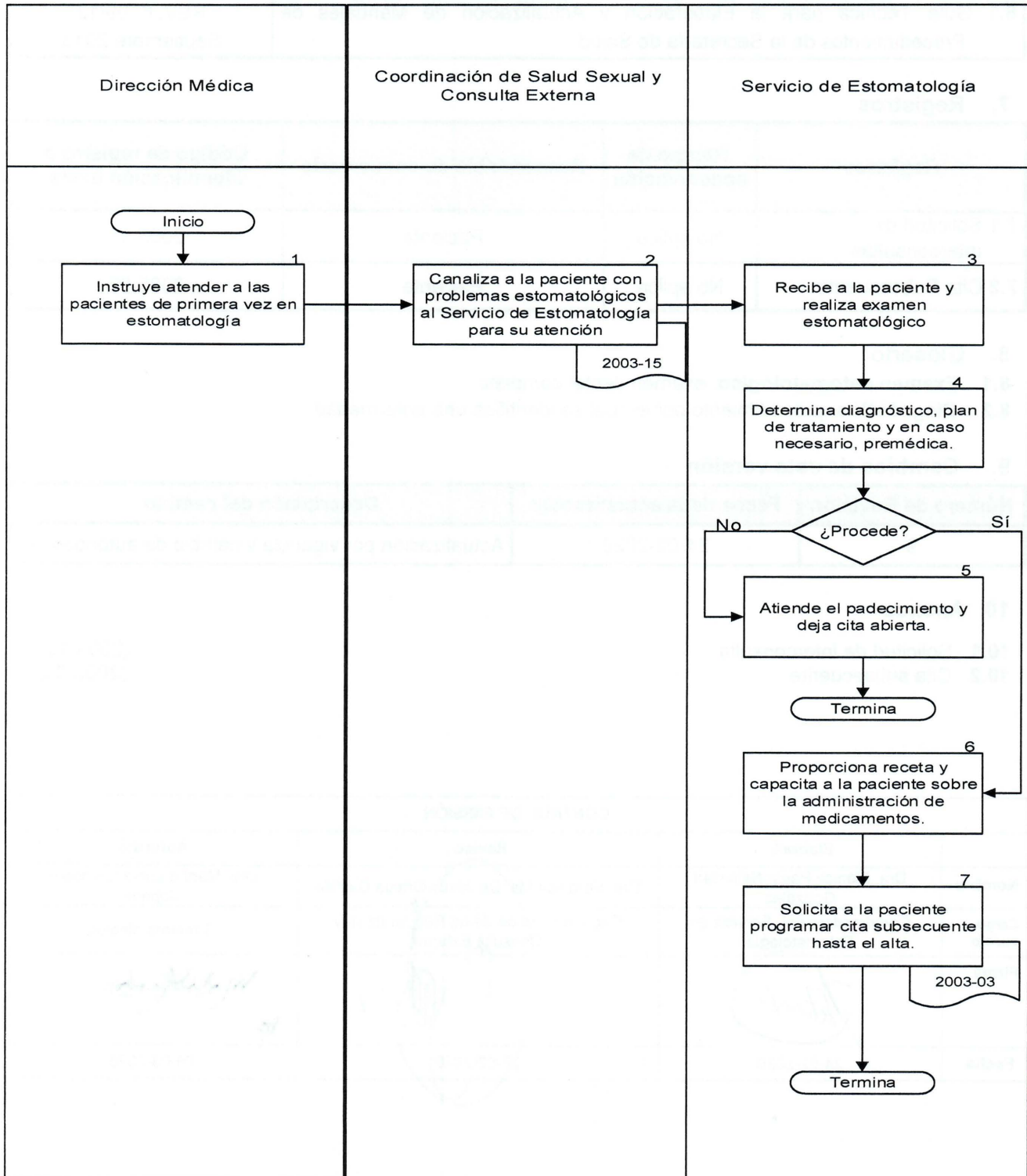
#### 4. Descripción del procedimiento



| Responsable                                     | No. Act. | Descripción de actividades  | Documento o anexo |
|---|----------|---|-------------------|
| Dirección Médica                                | 1        | Instruye a la persona Titular de la Coordinación de Salud Sexual y Consulta Externa atender a las pacientes de primera vez en el Servicio de Estomatología cuando el diagnóstico así lo amerite.        |                   |
| Coordinación de Salud Sexual y Consulta Externa | 2        | Recibe instrucción y canaliza al Servicio de Estomatología a las pacientes embarazadas de alto riesgo que presenten problemas estomatológicos, mediante la solicitud de interconsulta para su atención. | • 2003-15         |
| Servicio de Estomatología                       | 3        | Recibe en el servicio a la paciente, realiza examen estomatológico.   |                   |
|   | 4        | Determina diagnóstico, plan de tratamiento y en caso necesario, premédica. <b>¿Procede?</b>   |                   |
|   | 5        | <b>No:</b> Atiende el padecimiento de la paciente, deja cita abierta. <b>Termina Procedimiento.</b>   |                   |
|   | 6        | <b>Sí:</b> Proporciona receta y capacita a la paciente sobre la administrar medicamentos, en caso necesario.  |                   |
|   | 7        | Solicita a la paciente programar cita subsecuente para continuar su atención hasta el alta del servicio.  | • 2003-03         |
|   |          | <b>Termina Procedimiento</b>  |                   |





**5. Diagramas de Flujo**



|   |                               |  |                         |
|---|-------------------------------|--|-------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS      |  | INPer-DM-CSRCE-SE-MP-01 |
|   | Coordinación de Estomatología |  | Rev. 9                  |
|   | 1.- Consulta de primera vez   |  | Hoja: 6 de 6            |

## 6. Documentos de referencia

| Documentos   | Código (cuando aplique)         |
|--|---------------------------------|
| 6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud | REV. 6 09/13<br>Septiembre 2013 |

## 7. Registros

| Registros                        | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|----------------------------------|------------------------|----------------------------|---|
| 7.1 Solicitud de Interconsultas. | No aplica              | Paciente                   | 2003-15                                   |
| 7.2 Cita Subsecuente.            | No aplica              | Paciente                   | 2003-03                                   |

## 8. Glosario

8.1 **Examen estomatológico:** examen dental completo.

8.2 **Diagnóstico:** procedimiento por el cual se identifica una enfermedad.

## 9. Cambios de esta versión

| Número de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio                              |
|--------------------|---------------------------|---|
| 9                  | 24-02-2026                | Actualización por vigencia y cambio de autoridades. |

## 10. Anexos

10.1 Solicitud de interconsulta

(2003-15)

10.2 Cita subsecuente

(2003-03)

| CONTROL DE EMISIÓN |   |   |   |
|--------------------|---|---|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:   | Autorizó:   |
| Nombre             | Dra. Mónica Paola Natividad González  | Dra. Verónica Ma. De Jesús Ortega Castillo  | Dra. Martha Lucía Granados Cepeda   |
| Cargo-puesto       | Coordinadora del Servicio de Estomatología  | Coordinadora de Salud Reproductiva y Consulta Externa                               | Directora Médica  |
| Firma              |  |  |  |
| Fecha              | 24-02-2026  | 27-02-2026  | 05-03-2026  |



## SOLICITUD DE INTERCONSULTAS DE 1ª VEZ

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

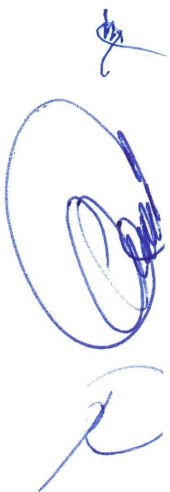
FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ FECHA DE SOLICITUD: \_\_\_\_\_

|   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ANDROLOGÍA                                       | <input type="checkbox"/> ESTOMATOLOGÍA                 | <input type="checkbox"/> NUTRICIÓN Y DIETÉTICA    |
| <input type="checkbox"/> CARDIOLOGÍA                                      | <input type="checkbox"/> GENÉTICA Y GENÓMICA HUMANA    | <input type="checkbox"/> OFTALMOLOGÍA             |
| <input type="checkbox"/> CIRUGÍA GENERAL                                  | <input type="checkbox"/> HEMATOLOGÍA (BANCO DE SANGRE) | <input type="checkbox"/> ONCOLOGÍA                |
| <input type="checkbox"/> COLPOSCOPIA                                      | <input type="checkbox"/> INFECTOLOGÍA E INMUNOLOGÍA    | <input type="checkbox"/> PSICOLOGÍA               |
| <input type="checkbox"/> DERMATOLOGÍA                                     | <input type="checkbox"/> MEDICINA INTERNA              | <input type="checkbox"/> REUMATOLOGÍA             |
| <input type="checkbox"/> EDUCACIÓN PARA LA SALUD REPRODUCTIVA Y PERINATAL | <input type="checkbox"/> MEDICINA MATERNO FETAL        | <input type="checkbox"/> TRABAJO SOCIAL           |
| <input type="checkbox"/> ENDOCRINOLOGÍA                                   | <input type="checkbox"/> NEFROLOGÍA                    | <input type="checkbox"/> UROLOGÍA GINECOLÓGICA    |
| <input type="checkbox"/> ANESTESIOLOGÍA                                   | <input type="checkbox"/> NEUROLOGÍA                    | <input type="checkbox"/> VALORACIÓN PREOPERATORIA |
|   |  | <input type="checkbox"/> COLOPROCTOLOGÍA          |

MÉDICO/A SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE COMPLETO, CLAVE Y FIRMA

Nota: El/La médico/a interconsultante deberá anotar su opinión e indicaciones en la hoja de: NOTAS, EVOLUCIÓN Y ÓRDENES MÉDICAS **2003-15 B**





**INSTITUTO  
NACIONAL DE  
PERINATOLOGÍA  
ISIDRO ESPINOSA  
DE LOS REYES**



**COORDINACIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA Y CONSULTA EXTERNA  
CITAS SUBSECUENTES**

FAVOR DE DAR CITA A: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

EXPEDIENTE N°: \_\_\_\_\_

EL DÍA: \_\_\_\_\_

MÉDICO/A: \_\_\_\_\_

2003-03



**INSTITUTO  
NACIONAL DE  
PERINATOLOGÍA  
ISIDRO ESPINOSA  
DE LOS REYES**



**COORDINACIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA Y CONSULTA EXTERNA  
CITAS SUBSECUENTES**

FAVOR DE DAR CITA A: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

EXPEDIENTE N°: \_\_\_\_\_

EL DÍA: \_\_\_\_\_

MÉDICO/A: \_\_\_\_\_

2003-03



**INSTITUTO  
NACIONAL DE  
PERINATOLOGÍA  
ISIDRO ESPINOSA  
DE LOS REYES**



**COORDINACIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA Y CONSULTA EXTERNA  
CITAS SUBSECUENTES**

FAVOR DE DAR CITA A: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

EXPEDIENTE N°: \_\_\_\_\_

EL DÍA: \_\_\_\_\_

MÉDICO/A: \_\_\_\_\_

2003-03

*[Handwritten signature in blue ink]*



**INSTITUTO  
NACIONAL DE  
PERINATOLOGÍA  
ISIDRO ESPINOSA  
DE LOS REYES**



**COORDINACIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA Y CONSULTA EXTERNA  
CITAS SUBSECUENTES**

FAVOR DE DAR CITA A: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

EXPEDIENTE N°: \_\_\_\_\_

EL DÍA: \_\_\_\_\_

MÉDICO/A: \_\_\_\_\_

2003-03

PESO \_\_\_\_\_

ENFERMERA \_\_\_\_\_

TEMP. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

F.R. \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

F.C. \_\_\_\_\_

HORA \_\_\_\_\_

T/A \_\_\_\_\_

EDEMA \_\_\_\_\_

TIRA REAC. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PESO \_\_\_\_\_

ENFERMERA \_\_\_\_\_

TEMP. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

F.R. \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

F.C. \_\_\_\_\_

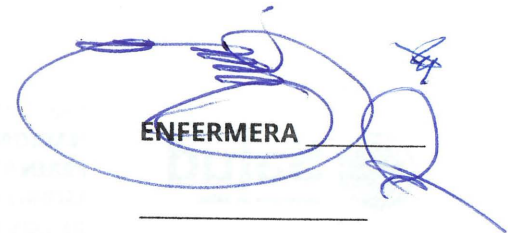
HORA \_\_\_\_\_

T/A \_\_\_\_\_

EDEMA \_\_\_\_\_

TIRA REAC. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



PESO \_\_\_\_\_

ENFERMERA \_\_\_\_\_

TEMP. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

F.R. \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

F.C. \_\_\_\_\_

HORA \_\_\_\_\_

T/A \_\_\_\_\_

EDEMA \_\_\_\_\_

TIRA REAC. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PESO \_\_\_\_\_

ENFERMERA \_\_\_\_\_

TEMP. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

F.R. \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

F.C. \_\_\_\_\_



HORA \_\_\_\_\_

T/A \_\_\_\_\_

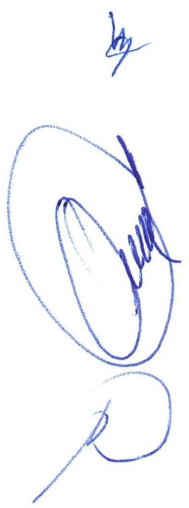
EDEMA \_\_\_\_\_



TIRA REAC. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

|  |                                  |   |                                     |
|--|----------------------------------|---|-------------------------------------|
|  <b>SALUD</b><br><small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  | <br><b>INPer</b> | <b>INPer-DM-<br/>CSRCE-SE-MP-02</b> |
|  | <b>Servicio de Estomatología</b> |   | <b>Rev. 9</b>                       |
|  | <b>2.- Consulta subsecuente</b>  |   | <b>Hoja: 1 de 6</b>                 |

## 2.- Consulta subsecuente



|  |                                  |   |                                     |
|--|----------------------------------|---|-------------------------------------|
|  <b>SALUD</b><br><small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  | <br><small>INPer</small> | <b>INPer-DM-<br/>CSRCE-SE-MP-02</b> |
|  | <b>Servicio de Estomatología</b> |   | <b>Rev. 9</b>                       |
|  | <b>2.- Consulta subsecuente</b>  |   | <b>Hoja: 2 de 6</b>                 |

## 1. Propósito

- 1.1 Atender a la paciente embarazada de alto riesgo para realizar procedimientos estomatológicos necesarios y evitar complicaciones dentro del periodo gestacional.



## 2. Alcance

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica, a la Coordinación de Salud Reproductiva y Consulta Externa y al Servicio de Estomatología.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a las Universidades que se encuentren en la entidad federativa en donde vive la paciente o en la dependencia pública o privada a la que la paciente pertenezca.

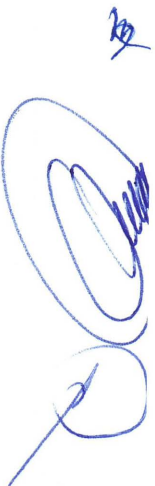
## 3. Políticas de operación, normas y lineamientos



- 3.1 Será responsabilidad de la persona Titular de la Dirección Médica, a través de la persona Titular de la de la Coordinación de Salud Reproductiva y Consulta Externa, verificar que la persona Titular del Servicio de Estomatología, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Supervisar que el seguimiento a los procedimientos Estomatológicos que se realizan a las mujeres embarazadas sean en forma oportuna y eficiente.
  - Implementar los casos clínicos para diagnosticar, asesorar y resolver las patologías que ameriten el seguimiento para su atención.
  - Procurar que a las pacientes se les atienda oportunamente a la fecha y hora de su cita.
  - Atender sólo el tiempo necesario en el sillón dental a las mujeres embarazadas para evitar alguna complicación con una duración promedio de 30 minutos por cada paciente, y sólo en casos necesarios, si el procedimiento así lo requiere el tiempo en el sillón se prolongará.
  - Continuar la atención de pacientes psiquiátricas valoradas en la consulta de primera vez, otorgándoles la consulta clínica con expediente en mano capturando la "Nota de Evolución" en la plataforma SIGIN, de acuerdo a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico y la NOM-024-SSA3-2012 Sistemas de Información de registro electrónico para la salud. Intercambio de Información en Salud.
  - Capturar en la plataforma electrónica SIGIN, el total de los insumos y procedimientos derivados de la atención proporcionada a los/as pacientes, así como plasmar las firmas de captura y autorización del personal de la salud que lo realiza y del que autoriza. Dicho documento deberá contar también con el nombre y número de cédula profesional respectiva, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana. NOM-024-SSA3-2012. Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en Salud.
  - Supervisar que el personal médico adscrito al servicio de la Coordinación de Estomatología utilice las claves de acceso proporcionadas por el Departamento de Tecnologías de la Información, así como por los encargados de la administración de las diferentes plataformas médicas electrónicas, para la captura de la información, observando en todo momento la protección de los datos. Asimismo deberá notificar de manera inmediata a su superior jerárquico cualquier cambio de adscripción, movimiento interno o baja institucional.



|  |                                  |   |                                     |
|--|----------------------------------|---|-------------------------------------|
|  <b>SALUD</b><br><small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  | <br><b>INPer</b> | <b>INPer-DM-<br/>CSRCE-SE-MP-02</b> |
|  | <b>Servicio de Estomatología</b> |   | <b>Rev. 9</b>                       |
|  | <b>2.- Consulta subsecuente</b>  |   | <b>Hoja: 3 de 6</b>                 |

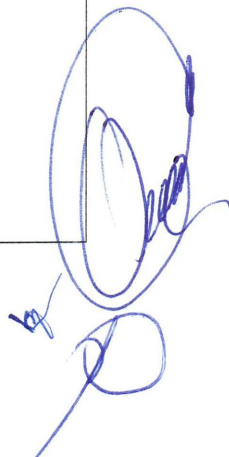
- Verificar que la atención a los/las pacientes se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación, de acuerdo a la Norma Mexicana. NMX-R-025-SCFI-2015. En Igualdad y No discriminación.



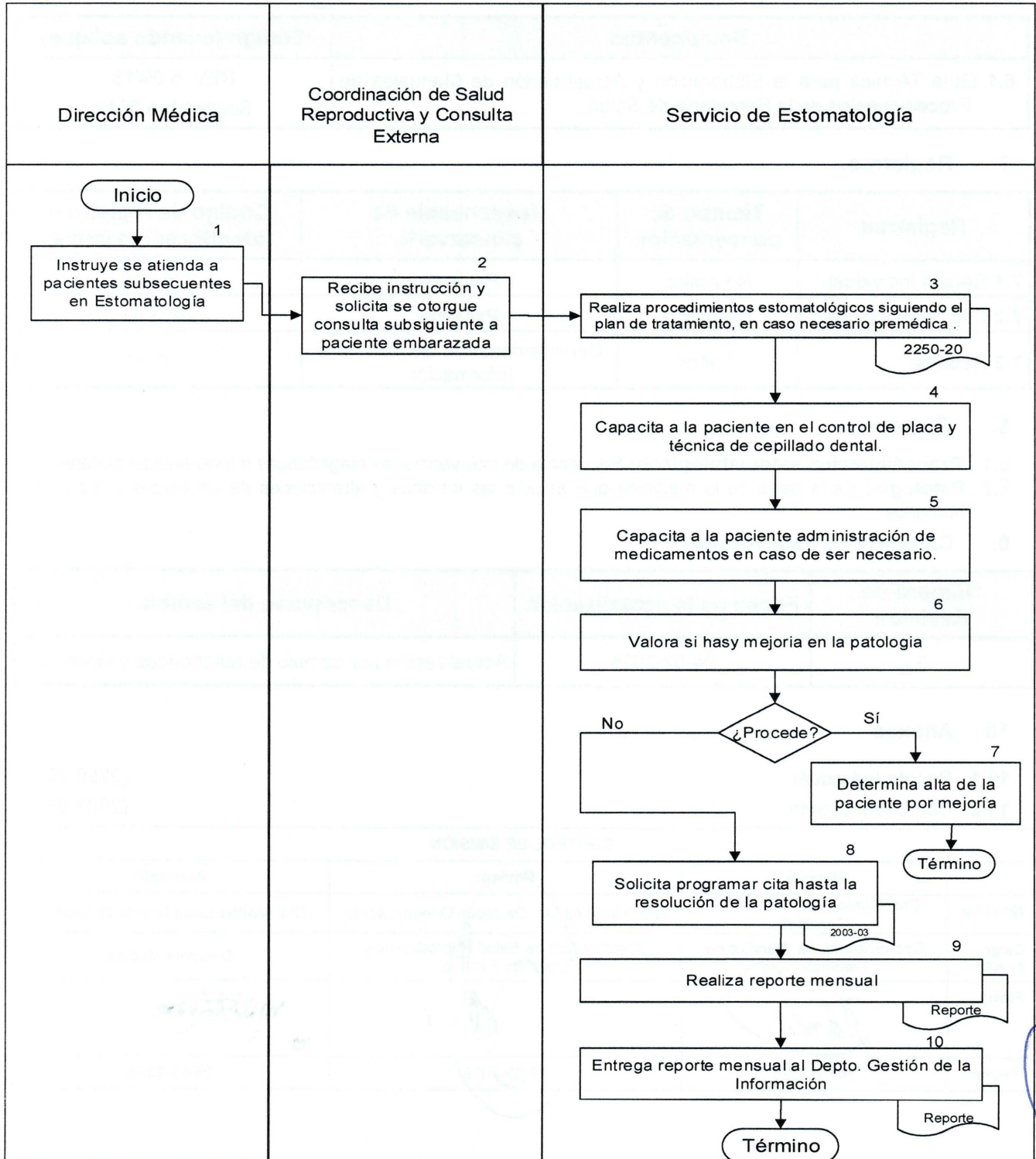
|  |                                  |   |                                     |
|--|----------------------------------|---|-------------------------------------|
|  <b>SALUD</b><br><small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>INPer-DM-<br/>CSRCE-SE-MP-02</b> |
|  | <b>Servicio de Estomatología</b> |   | <b>Rev. 9</b>                       |
|  | <b>2.- Consulta subsecuente</b>  |   | <b>Hoja: 4 de 6</b>                 |



#### 4. Descripción del procedimiento

| Responsable   | No. Act. | Descripción de actividades  | Documento o anexo |
|---|----------|---|-------------------|
| Dirección Médica                                      | 1        | Instruye a la persona Titular de la Coordinación de Salud Reproductiva y Consulta Externa, atender a las pacientes de cita subsecuente en Estomatología.                      |                   |
| Coordinación de Salud Reproductiva y Consulta Externa | 2        | Recibe instrucción y solicita al Servicio de Estomatología otorgue consulta subsecuente a pacientes embarazadas de alto riesgo que así lo ameriten de acuerdo a su patología. |                   |
| Servicio de Estomatología                             | 3        | Realiza procedimientos estomatológicos necesarios, siguiendo el plan de tratamiento establecido, en caso necesario se premédica con formato "Receta Individual".              | • 2250-20         |
|   | 4        | Capacita a la paciente en el control personal de placa dentobacteriana y técnica de cepillado dental individual.  |                   |
|   | 5        | Capacita a la paciente, en la administrar medicamentos en caso de ser necesario.  |                   |
|   | 6        | Valorar si hay mejoría en la patología de la paciente.  |                   |
|   | 7        | <b>¿Procede?</b><br><b>Sí:</b> Determina el alta de la paciente por mejoría de la patología. Termina Procedimiento.   |                   |
|   | 8        | <b>No:</b> Solicita a la paciente programar "cita subsecuente", hasta la resolución de su patología.  | • 2003-03         |
|   | 9        | Realizar reporte mensual.   | • Reporte         |
|   | 10       | Otorga el reporte al Departamento de Gestión de la Información para fines estadísticos.   | • Reporte         |
|   |          | <b>Termina Procedimiento</b>  |                   |



### 5. Diagramas de Flujo




|   |                           |   |                             |
|---|---------------------------|---|-----------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS  |  | INPer-DM-<br>CSRCE-SE-MP-02 |
|   | Servicio de Estomatología |   | Rev. 9                      |
|   | 2.- Consulta subsecuente  |   | Hoja: 6 de 6                |

## 6. Documentos de referencia

| Documentos  | Código (cuando aplique)         |
|---|---------------------------------|
| 6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | REV. 6 09/13<br>Septiembre 2013 |

## 7. Registros

| Registros              | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo                | Código de registro o identificación única |
|------------------------|------------------------|---|---|
| 7.1 Receta Individual. | No Aplica              | Paciente                                  | 2250-20                                   |
| 7.2 Cita Subsecuente.  | No Aplica              | Paciente                                  | 2003-03                                   |
| 7.3 Reporte.           | 3 años                 | Departamento de Gestión de la Información | 11C.12                                    |

## 8. Glosario

- 8.1 **Procedimientos estomatológicos:** Secuencia de intervenciones diagnósticas o terapéuticas bucales.
- 8.2 **Patología:** Es la parte de la medicina que estudia las lesiones y alteraciones de los tejidos y órganos humanos.

## 9. Cambios de esta versión

| Número de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio                              |
|--------------------|---------------------------|---|
| 9                  | 24-02-2026                | Actualización por cambio de autoridades y vigencia. |

## 10. Anexos

- 10.1 Receta Individual (2250-20)
- 10.2 Cita Subsecuente (2003-03)

| CONTROL DE EMISIÓN |   |   |   |
|--------------------|---|---|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:   | Autorizó:   |
| Nombre             | Dra. Mónica Paola Natividad González  | Dra. Verónica Ma. De Jesús Ortega Castillo  | Dra. Martha Lucía Granados Cepeda   |
| Cargo-puesto       | Coordinadora del Servicio de Estomatología  | Coordinadora de Salud Reproductiva y Consulta Externa                               | Directora Médica  |
| Firma              |  |  |  |
| Fecha              | 24-02-2026  | 27-02-2026  | 05-03-2026  |



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
DIRECCIÓN MÉDICA

\* Montes Urales No 800 Col. Lomas de Virreyes C.P. 11000 México, D.F.  
Licencia Sanitaria 1011011039    Teléfono: 55 20 99 00    www.inper.mx



Nombre: \_\_\_\_\_ Expediente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

R.X.  
1)  
2)  
3)

Indicaciones:  
1)  
2)  
3)

Nombre completo de el/la médico que prescribe:  
Cédula Profesional:  
Institución que expide Título Profesional:

2250-20



**Salud**  
Secretaría de Salud

**INSTITUTO  
NACIONAL DE  
PERINATOLOGÍA  
ISIDRO ESPINOSA  
DE LOS REYES**



**COORDINACIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA Y CONSULTA EXTERNA  
CITAS SUBSECUENTES**

FAVOR DE DAR CITA A: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

EXPEDIENTE N°: \_\_\_\_\_

EL DÍA: \_\_\_\_\_

MÉDICO/A: \_\_\_\_\_

2003-03



**Salud**  
Secretaría de Salud

**INSTITUTO  
NACIONAL DE  
PERINATOLOGÍA  
ISIDRO ESPINOSA  
DE LOS REYES**



**COORDINACIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA Y CONSULTA EXTERNA  
CITAS SUBSECUENTES**

FAVOR DE DAR CITA A: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

EXPEDIENTE N°: \_\_\_\_\_

EL DÍA: \_\_\_\_\_

MÉDICO/A: \_\_\_\_\_

2003-03



**Salud**  
Secretaría de Salud

**INSTITUTO  
NACIONAL DE  
PERINATOLOGÍA  
ISIDRO ESPINOSA  
DE LOS REYES**



**COORDINACIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA Y CONSULTA EXTERNA  
CITAS SUBSECUENTES**

FAVOR DE DAR CITA A: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

EXPEDIENTE N°: \_\_\_\_\_

EL DÍA: \_\_\_\_\_

MÉDICO/A: \_\_\_\_\_

2003-03



**Salud**  
Secretaría de Salud

**INSTITUTO  
NACIONAL DE  
PERINATOLOGÍA  
ISIDRO ESPINOSA  
DE LOS REYES**



**COORDINACIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA Y CONSULTA EXTERNA  
CITAS SUBSECUENTES**

FAVOR DE DAR CITA A: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

EXPEDIENTE N°: \_\_\_\_\_

EL DÍA: \_\_\_\_\_

MÉDICO/A: \_\_\_\_\_

2003-03

PESO \_\_\_\_\_

ENFERMERA \_\_\_\_\_

TEMP. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

F.R. \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

F.C. \_\_\_\_\_

HORA \_\_\_\_\_

T/A \_\_\_\_\_

EDEMA \_\_\_\_\_

TIRA REAC. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

  
ENFERMERA \_\_\_\_\_

PESO \_\_\_\_\_

ENFERMERA \_\_\_\_\_

TEMP. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

F.R. \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

F.C. \_\_\_\_\_

HORA \_\_\_\_\_

T/A \_\_\_\_\_

EDEMA \_\_\_\_\_

TIRA REAC. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PESO \_\_\_\_\_

ENFERMERA \_\_\_\_\_

TEMP. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

F.R. \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

F.C. \_\_\_\_\_

HORA \_\_\_\_\_

T/A \_\_\_\_\_

EDEMA \_\_\_\_\_

TIRA REAC. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PESO \_\_\_\_\_

ENFERMERA \_\_\_\_\_

TEMP. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

F.R. \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

F.C. \_\_\_\_\_



HORA \_\_\_\_\_

T/A \_\_\_\_\_

EDEMA \_\_\_\_\_



TIRA REAC. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

|  |   |   |                                     |
|--|---|---|-------------------------------------|
|  <b>SALUD</b><br><small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>                               | <br><b>INPer</b> | <b>INPer-DM-CSRCE-<br/>SE-MP-03</b> |
|  | <b>Coordinación de Estomatología</b>                          |   | <b>Rev. 9</b>                       |
|  | <b>3.- Atención de interconsulta a paciente hospitalizado</b> |   | <b>Hoja: 1 de 5</b>                 |

### 3.- Atención de interconsulta a paciente hospitalizado



|  |   |   |                                |
|--|---|---|--------------------------------|
|  <b>SALUD</b><br><small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>                               |  | <b>INPer-DM-CSRCE-SE-MP-03</b> |
|  | <b>Coordinación de Estomatología</b>                          |   | <b>Rev. 9</b>                  |
|  | <b>3.- Atención de interconsulta a paciente hospitalizado</b> |   | <b>Hoja: 2 de 5</b>            |

## 1. Propósito

1.1 Atender a la paciente embarazada de alto riesgo para realizar procedimientos estomatológicos necesarios y evitar complicaciones dentro del periodo gestacional, durante la hospitalización.

## 2. Alcance

2.1 A nivel interno, el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica, a la Coordinación de Salud Reproductiva y Consulta Externa y al Servicio de Estomatología.



2.2 A nivel externo, si el procedimiento es aplicable en las Universidades que se encuentren en la entidad federativa en donde vive la paciente o en la dependencia pública o privada a la que la paciente pertenezca.

## 3. Políticas de operación, normas y lineamientos

3.1 Será responsabilidad de la persona Titular de la Dirección Médica, verificar que la persona Titular de la Coordinación de Salud Sexual y Consulta Externa, a través de la persona Titular del Servicio de Estomatología, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Supervisar que a los procedimientos Estomatológicos que se realicen tengan continuidad en la Consulta Externa.
- Implementar todos los casos clínicos para resolver las patologías que ameriten su atención en el área de hospitalización.
- Administrar medicamentos para controlar y erradicar cualquier foco de infección existente, sólo en casos necesarios.
- Atender a pacientes embarazadas de alto riesgo que son referidas de los diferentes pisos de hospitalización para la atención urgente e inmediata en la Coordinación de Estomatología por medio del formato "Solicitud de Interconsulta" correspondiente al número de formato 2240-15.
- Capturar en la plataforma electrónica SIGIN, el total de los insumos y procedimientos derivados de la atención proporcionada a los/as pacientes, así como plasmar las firmas de captura y autorización del personal de la salud que lo realiza y del que autoriza. Dicho documento deberá contar también con el nombre y número de cédula profesional respectiva, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana. NOM-024-SSA3-2012. Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de Información en Salud.
- Supervisar que el personal médico adscrito al servicio de la Coordinación de Estomatología utilice las claves de acceso proporcionadas por el Departamento de Tecnologías de la Información, así como por los encargados de la administración de las diferentes plataformas médicas electrónicas, para la captura de la información, observando en todo momento la protección de los datos. Asimismo deberá notificar de manera inmediata a su superior jerárquico cualquier cambio de adscripción, movimiento interno o baja institucional.
- Verificar que la atención a los/las pacientes se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación, de acuerdo a la Norma Mexicana. NMX-R-025-SCFI-2015. En igualdad y No discriminación.



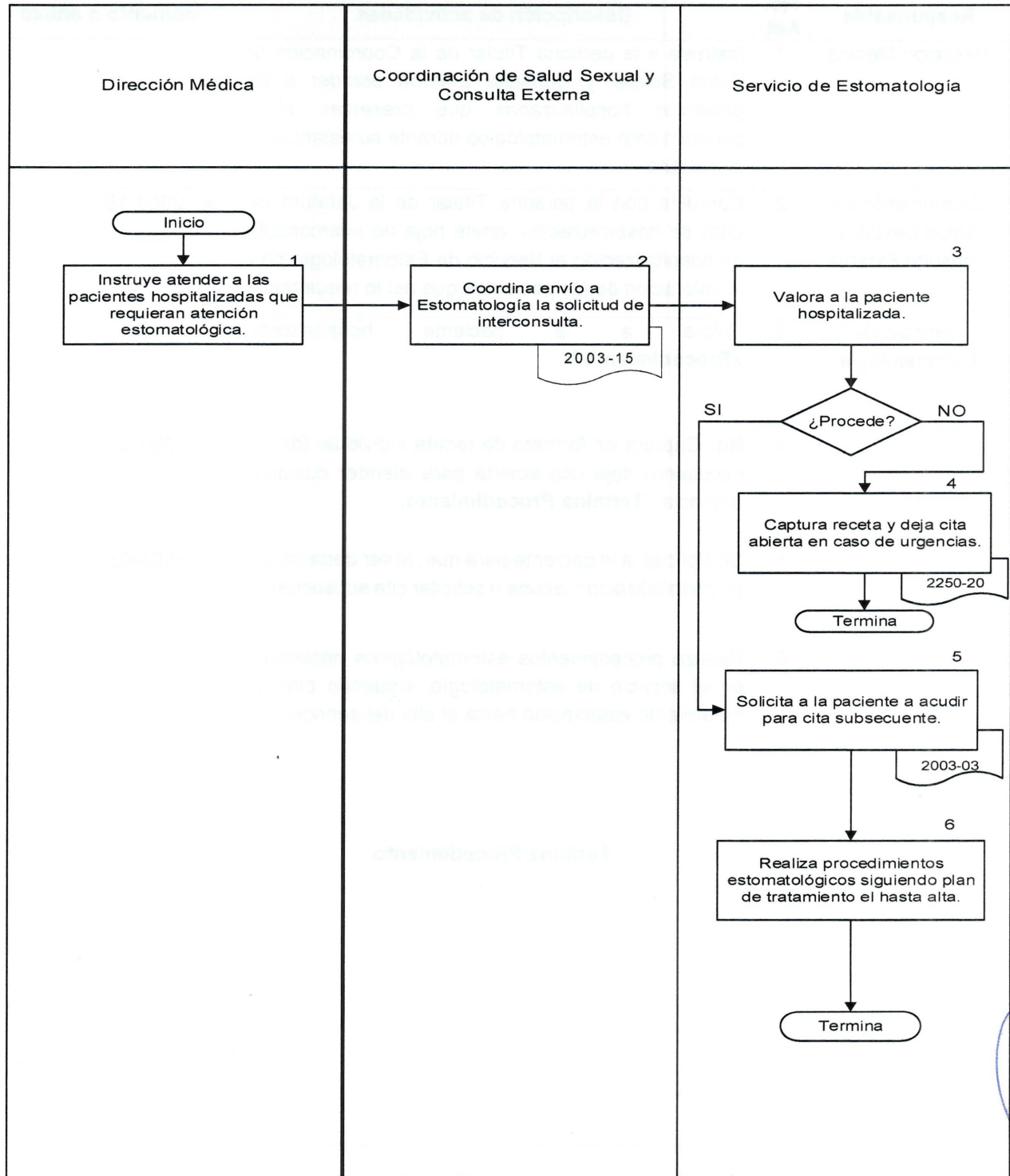

|  |  |   |                                     |
|--|--|---|-------------------------------------|
|  <b>SALUD</b><br><small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>                        | <br><small>INPer</small> | <b>INPer-DM-CSRCE-<br/>SE-MP-03</b> |
|  | Coordinación de Estomatología                          |   | Rev. 9                              |
|  | 3.- Atención de interconsulta a paciente hospitalizado |   | Hoja: 3 de 5                        |



#### 4. Descripción del procedimiento

| Responsable                                     | No. Act. | Descripción de actividades  | Documento o anexo   |
|---|----------|---|---|
| Dirección Médica                                | 1        | Instruye a la persona Titular de la Coordinación de Salud Sexual y Consulta Externa atender a las pacientes hospitalizadas que presenten algún padecimiento estomatológico durante su estancia en el Instituto.   |   |
| Coordinación de Salud Sexual y Consulta Externa | 2        | Coordina con la persona Titular de la Jefatura del área de hospitalización, envíe hoja de interconsulta de hospitalización al Servicio de Estomatología para la valoración de las pacientes que así lo requieran. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2003-15</li> </ul> |
| Servicio de Estomatología                       | 3        | Valora a la paciente hospitalizada.<br><b>¿Procedimiento?</b>   |   |
|   | 4        | <b>No:</b> Captura en formato de receta individual (de ser necesario) deja cita abierta para atender cualquier urgencia. <b>Termina Procedimiento.</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2250-20</li> </ul> |
|   | 5        | <b>Sí:</b> Solicita a la paciente para que, al ser dada de alta en hospitalización, acuda a solicitar cita subsecuente.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2003-03</li> </ul> |
|   | 6        | Realiza procedimientos estomatológicos necesarios en el servicio de estomatología, siguiendo plan de tratamiento establecido hasta el alta del servicio.  |   |
|   |          | <b>Termina Procedimiento</b>  |   |



### 5. Diagramas de Flujo

|   |  |   |                         |
|---|--|---|-------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS                               |  | INPer-DM-CSRCE-SE-MP-03 |
|   | Coordinación de Estomatología                          |   | Rev. 9                  |
|   | 3.- Atención de interconsulta a paciente hospitalizado |   | Hoja: 5 de 5            |

## 6. Documentos de referencia

| Documentos   | Código (cuando aplique)         |
|--|---------------------------------|
| 6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud | REV. 6 09/13<br>Septiembre 2013 |

## 7. Registros

| Registros                       | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo  | Código de registro o identificación única |
|---------------------------------|------------------------|-----------------------------|---|
| 7.1 Solicitud de interconsulta. | 5 años                 | Servicio de Archivo Clínico | 2003-15                                   |

## 8. Glosario

- 8.1 Premédica:** prescripción de medicamentos antes del tratamiento estomatológico para erradicar y eliminar cualquier foco de infección.
- 8.2 Interconsulta:** derivación por parte del médico tratante, a otro profesional o centro en convenio.

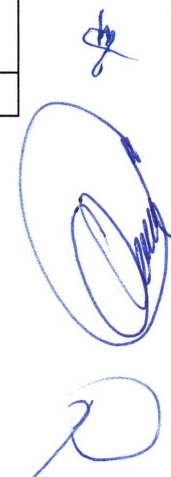
## 9. Cambios de esta versión

| Número de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio                              |
|--------------------|---------------------------|---|
| 9                  | 24-02-2026                | Actualización por vigencia y cambio de autoridades. |

## 10. Anexos

- 10.1 Solicitud de interconsulta. (2003-15)

| CONTROL DE EMISIÓN |   |   |                                   |
|--------------------|---|---|-----------------------------------|
|                    | Elaboró:  | Revisó:   | Autorizó:                         |
| Nombre             | Dra. Mónica Paola Natividad González  | Dra. Verónica Ma. De Jesús Ortega Castillo            | Dra. Martha Lucía Granados Cepeda |
| Cargo-puesto       | Coordinadora del Servicio de Estomatología  | Coordinadora de Salud Reproductiva y Consulta Externa | Directora Médica                  |
| Firma              |  |   |                                   |
| Fecha              | 24-02-2026  | 27-02-2026  | 05-03-2026                        |



### SOLICITUD DE INTERCONSULTAS DE 1ª VEZ

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ FECHA DE SOLICITUD: \_\_\_\_\_

|   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ANDROLOGÍA                                       | <input type="checkbox"/> ESTOMATOLOGÍA                 | <input type="checkbox"/> NUTRICIÓN Y DIETÉTICA    |
| <input type="checkbox"/> CARDIOLOGÍA                                      | <input type="checkbox"/> GENÉTICA Y GENÓMICA HUMANA    | <input type="checkbox"/> OFTALMOLOGÍA             |
| <input type="checkbox"/> CIRUGÍA GENERAL                                  | <input type="checkbox"/> HEMATOLOGÍA (BANCO DE SANGRE) | <input type="checkbox"/> ONCOLOGÍA                |
| <input type="checkbox"/> COLPOSCOPIA                                      | <input type="checkbox"/> INFECTOLOGÍA E INMUNOLOGÍA    | <input type="checkbox"/> PSICOLOGÍA               |
| <input type="checkbox"/> DERMATOLOGÍA                                     | <input type="checkbox"/> MEDICINA INTERNA              | <input type="checkbox"/> REUMATOLOGÍA             |
| <input type="checkbox"/> EDUCACIÓN PARA LA SALUD REPRODUCTIVA Y PERINATAL | <input type="checkbox"/> MEDICINA MATERNO FETAL        | <input type="checkbox"/> TRABAJO SOCIAL           |
| <input type="checkbox"/> ENDOCRINOLOGÍA                                   | <input type="checkbox"/> NEFROLOGÍA                    | <input type="checkbox"/> UROLOGÍA GINECOLÓGICA    |
| <input type="checkbox"/> ANESTESIOLOGÍA                                   | <input type="checkbox"/> NEUROLOGÍA                    | <input type="checkbox"/> VALORACIÓN PREOPERATORIA |
|   |  | <input type="checkbox"/> COLOPROCTOLOGÍA          |

MÉDICO/A SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE COMPLETO, CLAVE Y FIRMA

Nota: El/La médico/a interconsultante deberá anotar su opinión e indicaciones en la hoja de: NOTAS, EVOLUCIÓN Y ÓRDENES MÉDICAS 2003-15 B





**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
DIRECCIÓN MÉDICA

Montes Urales No 800 Col. Lomas de Virreyes C.P. 11000 México, D.F.  
Licencia Sanitaria 1011011039    Teléfono: 55 20 99 00    www.inper.mx



|         |             |        |
|---------|-------------|--------|
| Nombre: | Expediente: | Fecha: |
|---------|-------------|--------|

R.X.

- 1)
- 2)
- 3)

Indicaciones:

- 1)
- 2)
- 3)

Nombre completo de el/la médico que prescribe:

Cédula Profesional:

Institución que expide Título Profesional:

2250-20



**Salud**  
Secretaría de Salud

**INSTITUTO  
NACIONAL DE  
PERINATOLOGÍA  
ISIDRO ESPINOSA  
DE LOS REYES**



**COORDINACIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA Y CONSULTA EXTERNA  
CITAS SUBSECUENTES**

FAVOR DE DAR CITA A: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

EXPEDIENTE N°: \_\_\_\_\_

EL DÍA: \_\_\_\_\_

MÉDICO/A: \_\_\_\_\_

2003-03



**Salud**  
Secretaría de Salud

**INSTITUTO  
NACIONAL DE  
PERINATOLOGÍA  
ISIDRO ESPINOSA  
DE LOS REYES**



**COORDINACIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA Y CONSULTA EXTERNA  
CITAS SUBSECUENTES**

FAVOR DE DAR CITA A: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

EXPEDIENTE N°: \_\_\_\_\_

EL DÍA: \_\_\_\_\_

MÉDICO/A: \_\_\_\_\_

2003-03



**Salud**  
Secretaría de Salud

**INSTITUTO  
NACIONAL DE  
PERINATOLOGÍA  
ISIDRO ESPINOSA  
DE LOS REYES**



**COORDINACIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA Y CONSULTA EXTERNA  
CITAS SUBSECUENTES**

FAVOR DE DAR CITA A: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

EXPEDIENTE N°: \_\_\_\_\_

EL DÍA: \_\_\_\_\_

MÉDICO/A: \_\_\_\_\_

2003-03

*[Handwritten signature in blue ink]*



**Salud**  
Secretaría de Salud

**INSTITUTO  
NACIONAL DE  
PERINATOLOGÍA  
ISIDRO ESPINOSA  
DE LOS REYES**



**COORDINACIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA Y CONSULTA EXTERNA  
CITAS SUBSECUENTES**

FAVOR DE DAR CITA A: \_\_\_\_\_



FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

EXPEDIENTE N°: \_\_\_\_\_

EL DÍA: \_\_\_\_\_



MÉDICO/A: \_\_\_\_\_

2003-03

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  <b>SALUD</b><br><small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>                  |  | <b>INPer-DM-<br/>CSRCE-SE-MP-<br/>04</b> |
|  | <b>Servicio de Estomatología</b>                 |   | <b>Rev. 9</b>                            |
|  | <b>4.- Consulta de urgencias estomatológicas</b> |   | <b>Hoja: 1 de 5</b>                      |

#### 4.- Consulta de urgencias estomatológicas



|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  <b>SALUD</b><br><small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>                  | <br><b>INPer</b> | <b>INPer-DM-<br/>CSRCE-SE-MP-<br/>04</b> |
|  | <b>Servicio de Estomatología</b>                 |   | <b>Rev. 9</b>                            |
|  | <b>4.- Consulta de urgencias estomatológicas</b> |   | <b>Hoja: 2 de 5</b>                      |

## 1. Propósito

1.1 Atender a la paciente embarazada de alto riesgo para realizar procedimientos estomatológicos necesarios y evitar complicaciones dentro del periodo gestacional.

## 2. Alcance

2.1 A nivel interno el Procedimiento es aplicable a la Dirección Médica, a la Coordinación de Salud Reproductiva y Consulta Externa y al Servicio de Estomatología.



2.2 A nivel externo no aplica.

## 3. Políticas de operación, normas y lineamientos

3.1 Será responsabilidad de la persona Titular de la Dirección Médica, a través de la persona Titular Coordinación de Salud Reproductiva y Consulta Externa, verificar que la persona Titular del Servicio de Estomatología, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

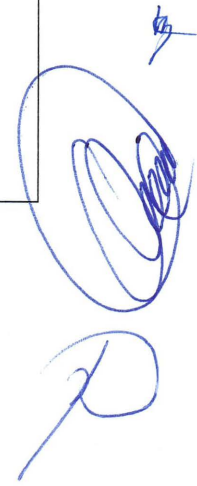
- Supervisar los procedimientos Estomatológicos que se realicen tengan continuidad en la Consulta Externa.
- Resolver la urgencia estomatológica existente, en forma inmediata.
- Implementar todos los casos clínicos que ameriten su atención en el servicio de Estomatología.
- Resolver la urgencia nivel externo, si el procedimiento es aplicable en el hospital
- Administrar medicamentos para controlar y erradicar cualquier foco de infección existente, sólo en casos necesarios.
- Atender a pacientes embarazadas de alto riesgo que son referidas de los diferentes pisos de hospitalización para la atención urgente en el Servicio de Estomatología por medio del formato "Solicitud de interconsulta correspondiente al número de formato 2240-15.
- Capturar en la plataforma electrónica correspondiente, el total de los insumos y procedimientos derivados de la atención proporcionada a los/las pacientes, así como plasmar las firmas de captura y autorización del personal de la salud que lo realiza y del que autoriza. Dicho documento deberá contar también con el nombre y número de cédula profesional respectiva, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana. NOM-024-SSA3-2012. Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de Información en Salud.
- Supervisar que el personal médico adscrito al servicio de la Coordinación de Estomatología utilice las claves de acceso proporcionadas por el Departamento de Tecnologías de la Información, así como por los encargados de la administración de las diferentes plataformas médicas electrónicas, para la captura de la información, observando en todo momento la protección de los datos. Asimismo deberá notificar de manera inmediata a su superior jerárquico cualquier cambio de adscripción, movimiento interno o baja institucional.
- Verificar que la atención a las/los pacientes se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación, de acuerdo a la Norma Mexicana. NMX-R-025-SCFI-2015. En igualdad y No discriminación.



|   |   |   |                                 |
|---|---|---|---------------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS                  |  | INPer-DM-<br>CSRCE-SE-MP-<br>04 |
|   | Servicio de Estomatología                 |   | Rev. 9                          |
|   | 4.- Consulta de urgencias estomatológicas |   | Hoja: 3 de 5                    |

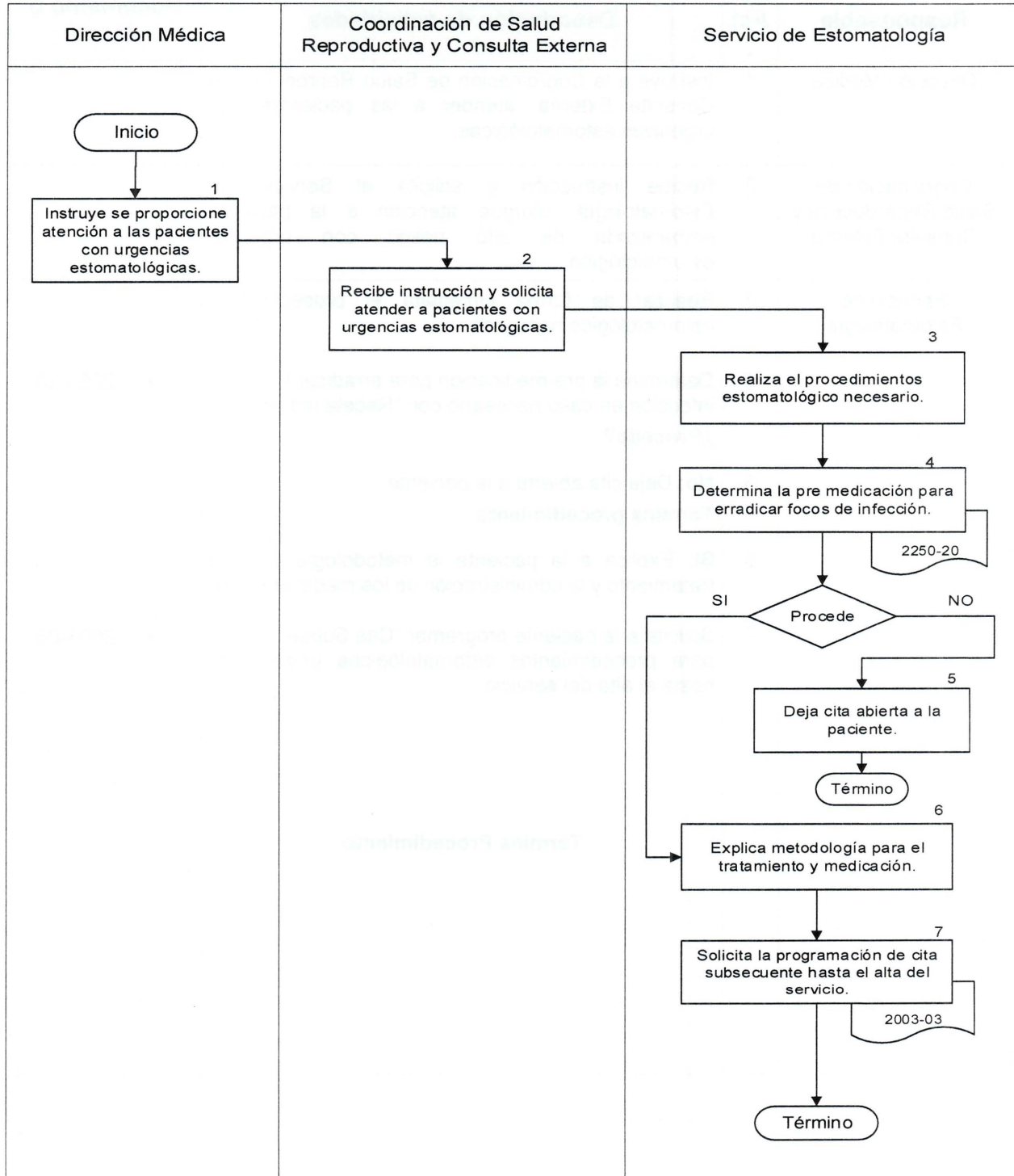
#### 4. Descripción del procedimiento



| Responsable   | No. Act | Descripción de actividades  | Documento o anexo |
|---|---------|---|-------------------|
| Dirección Médica                                      | 1       | Instruye a la Coordinación de Salud Reproductiva y Consulta Externa, atender a las pacientes con urgencias estomatológicas.                       |                   |
| Coordinación de Salud Reproductiva y Consulta Externa | 2       | Recibe instrucción y solicita al Servicio de Estomatología, otorgue atención a la paciente embarazada de alto riesgo con urgencia estomatológica. |                   |
| Servicio de Estomatología                             | 3       | Realizar de forma inmediata el procedimiento estomatológico necesario.  |                   |
|   | 4       | Determina la pre-medicación para erradicar focos de infección en caso necesario con "Receta individual".<br><b>¿Procede?</b>                      | • 2250-20         |
|   | 5       | <b>No:</b> Deja cita abierta a la paciente.<br><b>Termina procedimiento.</b>  |                   |
|   | 6       | <b>Sí:</b> Explica a la paciente la metodología para el tratamiento y la administración de los medicamentos.                                      |                   |
|   | 7       | Solicita a la paciente programar "Cita Subsecuente", para procedimientos estomatológicos posteriores, hasta el alta del servicio.                 | • 2003-03         |
|   |         | <b>Termina Procedimiento</b>  |                   |





**5. Diagramas de Flujo**



|   |   |   |                                 |
|---|---|---|---------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>           |  | INPer-DM-<br>CSRCE-SE-MP-<br>04 |
|   | Servicio de Estomatología                 |   | Rev. 9                          |
|   | 4.- Consulta de urgencias estomatológicas |   | Hoja: 5 de 5                    |

## 6. Documentos de referencia

| Documentos  | Código (cuando aplique)         |
|---|---------------------------------|
| 6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | REV. 6 09/13<br>Septiembre 2013 |

## 7. Registros

| Registros             | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|-----------------------|------------------------|----------------------------|---|
| 7.1 Receta Individual | No Aplica              | Paciente                   | 2250-20                                   |
| 7.2 Cita Subsecuente  | No Aplica              | Paciente                   | 2003-03                                   |

## 8. Glosario

**8.1 Premédica:** Prescripción de medicamentos antes del tratamiento estomatológico para erradicar y eliminar cualquier foco de infección.

**8.2 Interconsulta:** Es la derivación por parte del Médico Tratante, a otro profesional o Centro en convenio.

## 9. Cambios de esta versión

| Número de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio                              |
|--------------------|---------------------------|---|
| 9                  | 24-02-2026                | Actualización por cambio de autoridades y vigencia. |

## 10. Anexos

10.1 Receta Individual (2250-20)

10.2 Cita Subsecuente (2003-03)

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre             | Dra. Mónica Paola Natividad González  | Dra. Verónica Ma. De Jesús Ortega Castillo   | Dra. Martha Lucía Granados Cepeda   |
| Cargo-puesto       | Coordinadora del Servicio de Estomatología  | Coordinadora de Salud Reproductiva y Consulta Externa                                | Directora Médica  |
| Firma              |  |  |  |
| Fecha              | 24-02-2026  | 27-02-2026   | 05-03-2026  |



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
DIRECCIÓN MÉDICA



\*Montes Urales No 800 Col. Lomas de Virreyes C.P. 11000 México, D.F.  
Licencia Sanitaria 1011011039 Teléfono: 55 20 99 00 www.inper.mx

|         |             |        |
|---------|-------------|--------|
| Nombre: | Expediente: | Fecha: |
|---------|-------------|--------|

R.X.

- 1)
- 2)
- 3)

Indicaciones:

- 1)
- 2)
- 3)

Nombre completo de el/la médico que prescribe:

Cédula Profesional:

Institución que expide Título Profesional:

2250-20

### SOLICITUD DE INTERCONSULTAS DE 1ª VEZ

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ FECHA DE SOLICITUD: \_\_\_\_\_



|   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ANDROLOGÍA                                       | <input type="checkbox"/> ESTOMATOLOGÍA                 | <input type="checkbox"/> NUTRICIÓN Y DIETÉTICA    |
| <input type="checkbox"/> CARDIOLOGÍA                                      | <input type="checkbox"/> GENÉTICA Y GENÓMICA HUMANA    | <input type="checkbox"/> OFTALMOLOGÍA             |
| <input type="checkbox"/> CIRUGÍA GENERAL                                  | <input type="checkbox"/> HEMATOLOGÍA (BANCO DE SANGRE) | <input type="checkbox"/> ONCOLOGÍA                |
| <input type="checkbox"/> COLPOSCOPIA                                      | <input type="checkbox"/> INFECTOLOGÍA E INMUNOLOGÍA    | <input type="checkbox"/> PSICOLOGÍA               |
| <input type="checkbox"/> DERMATOLOGÍA                                     | <input type="checkbox"/> MEDICINA INTERNA              | <input type="checkbox"/> REUMATOLOGÍA             |
| <input type="checkbox"/> EDUCACIÓN PARA LA SALUD REPRODUCTIVA Y PERINATAL | <input type="checkbox"/> MEDICINA MATERNO FETAL        | <input type="checkbox"/> TRABAJO SOCIAL           |
| <input type="checkbox"/> ENDOCRINOLOGÍA                                   | <input type="checkbox"/> NEFROLOGÍA                    | <input type="checkbox"/> UROLOGÍA GINECOLÓGICA    |
| <input type="checkbox"/> ANESTESIOLOGÍA                                   | <input type="checkbox"/> NEUROLOGÍA                    | <input type="checkbox"/> VALORACIÓN PREOPERATORIA |
|   |  | <input type="checkbox"/> COLOPROCTOLOGÍA          |

MÉDICO/A SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE COMPLETO, CLAVE Y FIRMA



Nota: El/La médico/a interconsultante deberá anotar su opinión e indicaciones en la hoja de: NOTAS, EVOLUCIÓN Y ÓRDENES MÉDICAS 2003-15 B



|  |   |   |                                |
|--|---|---|--------------------------------|
|  <b>SALUD</b><br><small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>INPer-DM-CSRCE-SE-MP-05</b> |
|  | <b>Servicio de Estomatología</b>  |   | <b>Rev. 2</b>                  |
|  | <b>5. Atención estomatológica a pacientes gineco-obstétricas con VIH o sida</b> |   | <b>Hoja: 1 de 6</b>            |

## 5. Atención estomatológica a pacientes gineco-obstétricas con VIH o sida



|   |   |   |                                |
|---|---|---|--------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>INPer-DM-CSRCE-SE-MP-05</b> |
|   | <b>Servicio de Estomatología</b>  |   | <b>Rev. 2</b>                  |
|   | <b>5. Atención estomatológica a pacientes gineco-obstétricas con VIH o sida</b> |   | <b>Hoja: 2 de 6</b>            |

## 1. Propósito

- 1.1 Proporcionar atención estomatológica, a la paciente gineco obstétrica con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o sida, para proteger y mantener la salud bucal o evitar el agravamiento o complicaciones de enfermedades orales por la condición del sistema inmunológico.

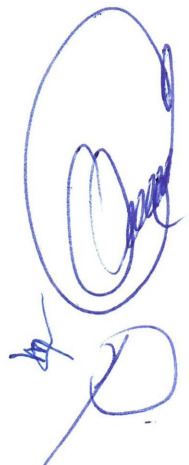
## 2. Alcance



- 1.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica, a la Coordinación de Salud Reproductiva y Consulta Externa y al Servicio de Estomatología.
- 1.2 A nivel externo a las usuarias del INPer.

## 3. Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección Médica, a través de la Coordinación de Salud Reproductiva y Consulta Externa, verificar que el Servicio de Estomatología, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos.

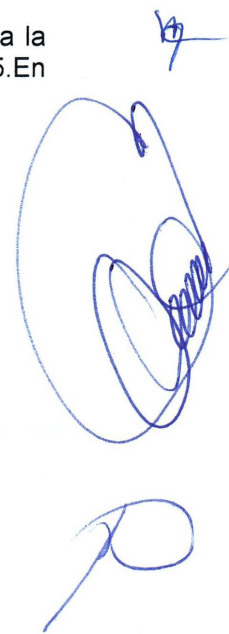
- Dar atención oportuna e inmediata de calidad a las pacientes embarazadas, referidas de los diferentes centros especializados como CAPASITS, SAI u otras instancias.
- Observar que la atención que se proporcione a la paciente con VIH o sida se realice bajo lineamientos ético humanísticos, para evitar un trato diferencial de estigma y discriminación.
- Proporcionar atención oportuna e inmediata y de calidad a pacientes embarazadas con VIH o sida, referidas de consulta externa y los servicios de hospitalización, a través del formato de solicitud de interconsulta.
- Supervisar y validar la realización de procedimientos estomatológicos en pacientes ginecoobstetricas con VIH o sida.
- Observar la realización de la historia clínica, de acuerdo a la normatividad vigente, incluyendo un adecuado interrogatorio y el tratamiento farmacológico que está recibiendo, así como pruebas serológicas y estudios auxiliares: pruebas serológicas, valores de CD4 y carga viral para conocer el estado de infección, para toma de decisiones en la realización de procedimientos estomatológicos que pongan en riesgo a la paciente (plaquetopenia, neutropenia, conteo bajo de CD4 y carga viral elevada).
- Llevar a cabo una valoración del estado general de la paciente con VIH o sida, a través de la confirmación de estado serológico, confirmada de manera verbal con la paciente, o mediante el resultado por escrito de su prueba de detección, en cuyo caso, se deberá anexar a la historia clínica del expediente.
- Llevar a cabo una valoración clínica de la infección por VIH a través del conteo de CD4 y carga viral, hacer especial énfasis a pacientes con conteo bajo de células CD4 < 200, debido a que será más vulnerable a infecciones oportunistas.
  - Carga viral baja < de 200 células/mm: Tratamiento de rutina: control de placa dentobacteriana. Fase I, periodontal. Profilaxis, raspados, alisados radiculares, cirugía periodontal, atención de caries. Tratamiento de endodoncia, extracciones dentales, biopsias.
  - Carga viral alta >200 células mm: Consulta de seguimiento cada 3 a 6 meses, aplicación de flúor, atención de caries. Prótesis removibles, diferir





|   |   |   |                                     |
|---|---|---|-------------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>   |  | <b>INPer-DM-CSRCE-<br/>SE-MP-05</b> |
|   | <b>Servicio de Estomatología</b>  |   | <b>Rev. 2</b>                       |
|   | <b>5. Atención estomatológica a pacientes gineco-obstétricas con VIH o sida</b> |   | <b>Hoja: 3 de 6</b>                 |

tratamientos periodontales complejos, manipulación delicada de tejidos bucales y tratamientos de urgencia.


- Administrar los recursos y medicamentos para controlar o erradicar cualquier foco de infección existente en la paciente, en caso necesario.
- Brindar una atención oportuna, suficiente y de calidad, para la solución de los problemas de salud bucal en la paciente con VIH o sida, en colaboración con el Departamento de Infectología e Inmunología Perinatal y el Laboratorio de Inmunología.
- Realizar acciones educativas de promoción a la salud bucal, orientadas al mejoramiento de hábitos higiénico-alimenticios, eliminación de hábitos nocivos funcionales y para funcionales, a la conservación sana de la dentición permanente.
- Promover acciones específicas de la protección de enfermedades bucales orientadas a la formación de instrucción y motivación de la población para realizar un adecuado control personal de la placa bacteriana a través de métodos y técnicas de cepillado dental, uso de hilo dental y auxiliares para la higiene bucal y acudir con el estomatólogo en forma periódica, mínimo cada seis meses para revisión profesional, evitando factores de riesgo.
- Verificar el adecuado llenado del expediente clínico, a través de notas de valoración y evolución estomatológica, de acuerdo a lo establecido en la NOM-SSA-004-SSA-A3-2012 Del Expediente Clínico, con nombre y firma del estomatólogo.
- Capturar en la plataforma electrónica correspondiente, el total de los insumos y procedimientos derivados de la atención proporcionada a los/as pacientes, así como plasmar las firmas de captura y autorización del personal de la salud que lo realiza y del que autoriza. Dicho documento deberá contar también con el nombre y número de cédula profesional respectiva, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana. NOM-024-SSA3-2012. Sistemas de información de registro electrónico para la salud.
- Resguardar el personal médico adscrito al Servicio de Estomatología, las claves de acceso proporcionadas por el Departamento de Tecnologías de la Información, así como por los encargados de la administración de las diferentes plataformas médicas electrónicas, para la captura en los sistemas correspondientes, observando la debida responsabilidad para la protección de la información, así como deberá notificar al momento de cambio o servicio o de ser el caso, baja institucional a su superior jerárquico.
- Verificar que la atención a los/las pacientes se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación, de acuerdo a la Norma Mexicana. NMX-R-025-SCFI-2015. En igualdad y No discriminación.



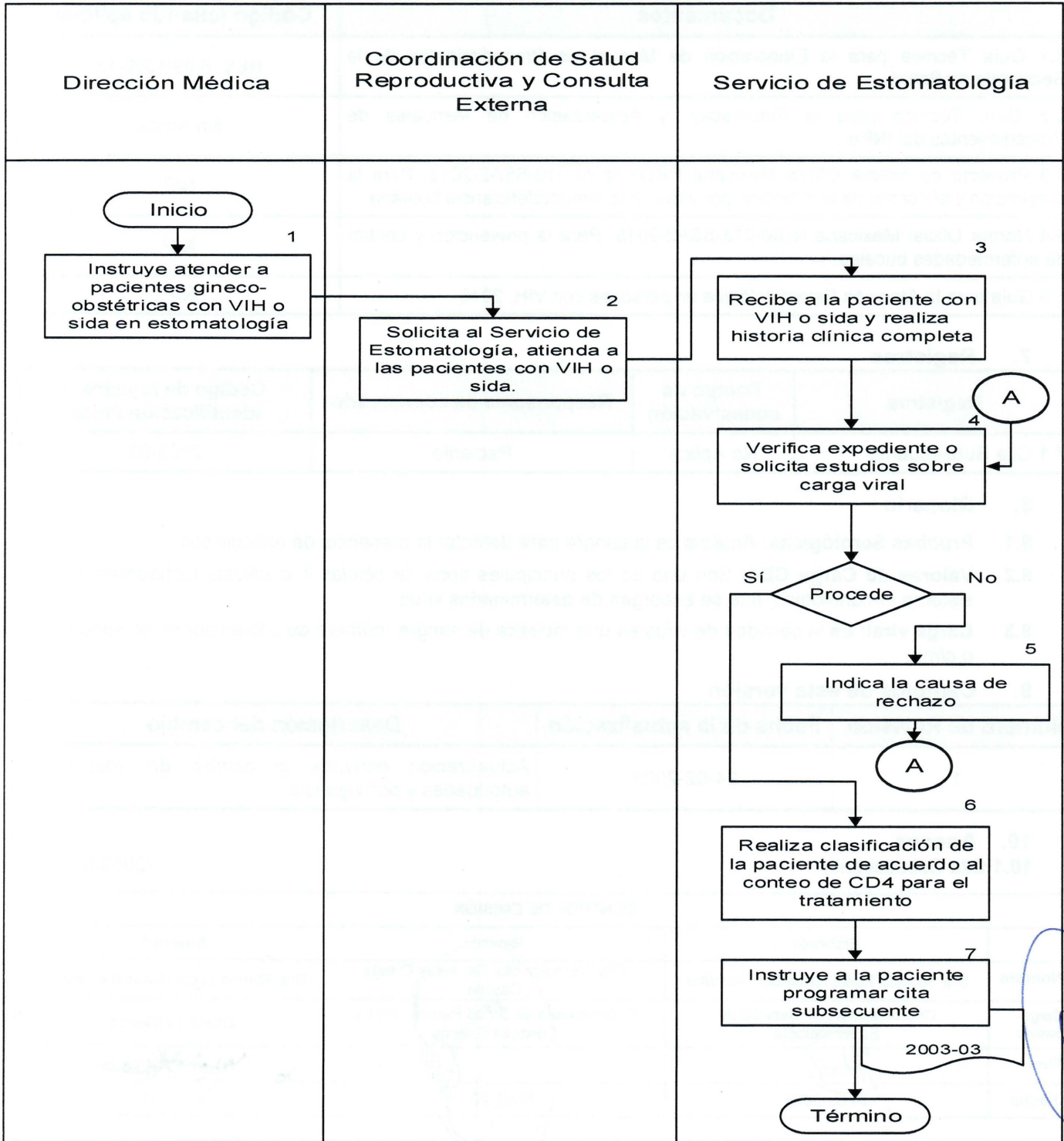
|   |  |   |                         |
|---|--|---|-------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS   |  | INPer-DM-CSRCE-SE-MP-05 |
|   | Servicio de Estomatología  |   | Rev. 2                  |
|   | 5. Atención estomatológica a pacientes gineco-obstétricas con VIH o sida |   | Hoja: 4 de 6            |

#### 4. Descripción del procedimiento



| Responsable   | No. Act. | Descripción de Actividades   | Documento anexo |
|---|----------|--|-----------------|
| Dirección Médica                                      | 1        | Instruye a la Coordinación de Salud Reproductiva y Consulta Externa, atender a las pacientes gineco-obstétricas con VIH (virus de inmunodeficiencia humana) o sida en Estomatología. |                 |
| Coordinación de Salud Reproductiva y Consulta Externa | 2        | Recibe instrucción y solicita al Servicio de Estomatología, atienda a las pacientes con VIH o sida.  |                 |
| Servicio de Estomatología                             | 3        | Recibe a la paciente con VIH o sida y realiza historia clínica completa.   |                 |
|   | 4        | Verifica en expediente clínico o, solicita estudios auxiliares de diagnóstico (pruebas serológicas, valores de subpoblación CD4 y carga viral).<br><b>¿Procede?</b>                  |                 |
|   | 5        | <b>No:</b> Indica la causa del rechazo. Regresa a la actividad número 4.   |                 |
|   | 6        | <b>Sí:</b> Realiza clasificación de la paciente con VIH o sida, de acuerdo a conteo de subpoblación linfocitaria CD4, para la toma de decisiones en tratamientos estomatológicos.    |                 |
|   | 7        | Instruye a la paciente para programar su cita subsecuente.<br><br><b>Termina Procedimiento</b>   | • 2003-03       |



**5. Diagrama de Flujo**



P

|   |  |   |                             |
|---|--|---|-----------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | INPer-DM-CSRCE-<br>SE-MP-05 |
|   | Servicio de Estomatología  |   | Rev. 2                      |
|   | 5. Atención estomatológica a pacientes gineco-obstétricas con VIH o sida |   | Hoja: 6 de 6                |

## 6. Documentos de referencia

| Documentos   | Código (cuando aplique) |
|--|-------------------------|
| 6.1 Guía Técnica para la Elaboración de Manual de Procedimientos de la Secretaría de Salud   | REV. 6 09/1309-13       |
| 6.2 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos del INPer.  | No Aplica               |
| 6.3 Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-010-SSA2-2018. Para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. | N/P                     |
| 6.4 Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015. Para la prevención y control de enfermedades bucales.  | N/P                     |
| 6.5 Guía para la Atención Estomatológica en personas con VIH, 2015   | N/P                     |

## 7. Registros

| Registros            | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|----------------------|------------------------|----------------------------|---|
| 7.1 Cita Subsecuente | No Aplica              | Paciente                   | 2003-03                                   |

## 8. Glosario

- 8.1 Pruebas Serológicas:** Análisis de la sangre para detectar la presencia de anticuerpos.
- 8.2 Valores de Carga CD4:** Son uno de los principales tipos de células T o células luchadoras del sistema inmunológico, que se encargan de determinados virus.
- 8.3 Carga viral:** Es la cantidad de virus en una muestra de sangre (número de copias por ml de sangre o c/ml).

## 9. Cambios de esta versión

| Número de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio   |
|--------------------|---------------------------|--|
| 1                  | 24-02-2026                | Actualización derivada al cambio de adscripción, autoridades y por vigencia. |

## 10. Anexos

### 10.1 Cita Subsecuente

(2003-03)

| CONTROL DE EMISIÓN |   |   |   |
|--------------------|---|---|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:   | Autorizó:   |
| Nombre             | Dra. Mónica Paola Natividad González  | Dra. Verónica Ma. De Jesús Ortega Castillo  | Dra. Martha Lucía Granados Cepeda   |
| Cargo-puesto       | Coordinadora del Servicio de Estomatología  | Coordinadora de Salud Reproductiva y Consulta Externa                               | Directora Médica  |
| Firma              |  |  |  |
| Fecha              | 24-02-2026  | 27-02-2026  | 05-03-2026  |



**Salud**  
Secretaría de Salud

**INSTITUTO  
NACIONAL DE  
PERINATOLOGÍA  
ISIDRO ESPINOSA  
DE LOS REYES**



**COORDINACIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA Y CONSULTA EXTERNA  
CITAS SUBSECUENTES**

FAVOR DE DAR CITA A: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

EXPEDIENTE N°: \_\_\_\_\_

EL DÍA: \_\_\_\_\_

MÉDICO/A: \_\_\_\_\_

2003-03



**Salud**  
Secretaría de Salud

**INSTITUTO  
NACIONAL DE  
PERINATOLOGÍA  
ISIDRO ESPINOSA  
DE LOS REYES**



**COORDINACIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA Y CONSULTA EXTERNA  
CITAS SUBSECUENTES**

FAVOR DE DAR CITA A: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

EXPEDIENTE N°: \_\_\_\_\_

EL DÍA: \_\_\_\_\_

MÉDICO/A: \_\_\_\_\_

2003-03



**Salud**  
Secretaría de Salud

**INSTITUTO  
NACIONAL DE  
PERINATOLOGÍA  
ISIDRO ESPINOSA  
DE LOS REYES**



**COORDINACIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA Y CONSULTA EXTERNA  
CITAS SUBSECUENTES**

FAVOR DE DAR CITA A: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

EXPEDIENTE N°: \_\_\_\_\_

EL DÍA: \_\_\_\_\_

MÉDICO/A: \_\_\_\_\_

2003-03



**Salud**  
Secretaría de Salud

**INSTITUTO  
NACIONAL DE  
PERINATOLOGÍA  
ISIDRO ESPINOSA  
DE LOS REYES**



**COORDINACIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA Y CONSULTA EXTERNA  
CITAS SUBSECUENTES**

FAVOR DE DAR CITA A: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

EXPEDIENTE N°: \_\_\_\_\_

EL DÍA: \_\_\_\_\_

MÉDICO/A: \_\_\_\_\_

2003-03

PESO \_\_\_\_\_

ENFERMERA \_\_\_\_\_

TEMP. \_\_\_\_\_

F.R. \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

F.C. \_\_\_\_\_

HORA \_\_\_\_\_

T/A \_\_\_\_\_

EDEMA \_\_\_\_\_

TIRA REAC. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PESO \_\_\_\_\_

ENFERMERA \_\_\_\_\_

TEMP. \_\_\_\_\_

F.R. \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

F.C. \_\_\_\_\_

HORA \_\_\_\_\_

T/A \_\_\_\_\_

EDEMA \_\_\_\_\_

TIRA REAC. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PESO \_\_\_\_\_

ENFERMERA \_\_\_\_\_

TEMP. \_\_\_\_\_

F.R. \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

F.C. \_\_\_\_\_

HORA \_\_\_\_\_

T/A \_\_\_\_\_

EDEMA \_\_\_\_\_

TIRA REAC. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

  
ENFERMERA \_\_\_\_\_

PESO \_\_\_\_\_

ENFERMERA \_\_\_\_\_

TEMP. \_\_\_\_\_

F.R. \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

F.C. \_\_\_\_\_

HORA \_\_\_\_\_

T/A \_\_\_\_\_

EDEMA \_\_\_\_\_

TIRA REAC. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA**



**INPer-DM-  
CSRCE-SE-MP**

**Rev. 0**

**ANEXOS**

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO DE CORONA ESTETICO

El alargamiento de corona es una técnica utilizada diariamente en la práctica odontológica y consiste en eliminar de manera mecánica por medio de instrumentos especializados encía y/o hueso para permitir la rehabilitación posterior del diente por medio de una corona.

Durante el procedimiento usted recibirá atención por odontólogos y otros profesionales de la salud, que se encuentran cursando algún programa de servicio social, siempre bajo la supervisión de médicos adscritos.

**Beneficios:** El alargamiento de corona permite:

- Exponer la superficie dental para su posterior rehabilitación protésica

**Riesgos:** El alargamiento de corona es un procedimiento seguro, sin embargo, no está libre de riesgos, por lo que se pueden presentar complicaciones leves, como son:

- Hipersensibilidad a los cambios de temperatura después del procedimiento
- Fractura dental que amerite extracción posterior.

De presentarse cualquier complicación, el Instituto cuenta con personal capacitado para asistirlo de forma inmediata y realizar lo necesario para tratar los síntomas que pudieran existir siempre bajo los lineamientos éticos y científicos de la práctica médica, atendiendo al principio de la libertad prescriptiva, lo que significa que le otorga a los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud facultad en su actuar en aras de obtener y encaminarse en todo momento al beneficio del paciente, tomando en consideración las circunstancias del caso concreto, de acuerdo a la **NOM-013-SSA2-2015**, para la prevención y control de enfermedades bucales.

### ACEPTACIÓN PARA PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO DE CORONA ESTETICO

Manifiesto que me ha sido brindada información detallada, se me ha explicado en palabras comprensibles para mí, de la seguridad, riesgos y beneficios del procedimiento; de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, además de que he leído el consentimiento informado, lo he comprendido, firmo de aceptación y de conformidad, por lo que **AUTORIZO** al personal del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes para procedimientos de alargamiento de corona que el médico odontólogo considere necesarias, durante mi atención o en mi representado en el Instituto, con fundamento en las norma legales, médicas y éticas vigentes.

El paciente manifiesta que el médico le explicó suficientemente, que en caso de aceptar el acto médico propuesto, cuenta con la absoluta libertad de revocar este consentimiento en el momento que así lo considere pertinente, reiterando así su absoluto respeto a la libre toma de decisión.

2444-13



**DATOS DE QUIEN ACEPTA EL CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO ALARGAMIENTO DE CORONA**

\_\_\_\_\_  
**Nombre (s) y apellidos del paciente**

\_\_\_\_\_  
**Nombre(s) y apellidos del paciente,  
familiar, tutor o representante Legal**

\_\_\_\_\_  
**Firma o Huella digital**

Ciudad de México a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Asimismo, con este mismo acto de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, designo como mis testigos:

**Testigo**

**Testigo**

\_\_\_\_\_  
**Nombre(s) y apellidos, firma y parentesco**

\_\_\_\_\_  
**Nombre(s) completo, firma y parentesco**



## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO DE OPERCULECTOMIA EN CAVIDAD BUCAL**

La operculectomía es un procedimiento que se realiza de manera rutinaria, en donde se elimina la porción de encía inflamada que recubre la cara oclusal del tercer molar en erupción. .

Durante el procedimiento usted recibirá atención por odontólogos y otros profesionales de la salud, que se encuentran cursando algún programa de servicio social, siempre bajo la supervisión de médicos adscritos.

**Beneficios:** La operculectomía permite:

- Eliminar el dolor que ésta causa al retener bacterias y restos de alimento.
- Eliminar una lesión presenta en la cavidad oral, la cual puede causar infección.

**Riesgos:** La operculectomía es un procedimiento seguro, sin embargo, no está libre de riesgos, por lo que se pueden presentar complicaciones leves a graves, como son:

- Puede producirse una hemorragia de moderada a severa durante el procedimiento o durante el post operatoria.
- Se podría producir un moretón en la zona cercana a la extracción.

De presentarse cualquier complicación, el Instituto cuenta con personal capacitado para asistirlo de forma inmediata y realizar lo necesario para tratar los síntomas que pudieran existir siempre bajo los lineamientos éticos y científicos de la práctica médica, atendiendo al principio de la libertad prescriptiva, lo que significa que le otorga a los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud facultad en su actuar en aras de obtener y encaminarse en todo momento al beneficio del paciente, tomando en consideración las circunstancias del caso concreto, de acuerdo a la NOM-013-SSA2-2015, para la prevención y control de enfermedades bucales.

### **ACEPTACIÓN PARA EL PROCEDIMIENTO DE OPERCULECTOMIA**

Manifiesto que me ha sido brindada información detallada, se me ha explicado en palabras comprensibles para mí, de la seguridad, riesgos y beneficios del procedimiento; de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, además de que he leído el consentimiento informado, lo he comprendido, firmo de aceptación y de conformidad, por lo que **AUTORIZO** al personal del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes para que se me realice el procedimiento de biopsias de cavidad bucal que el médico odontólogo considere necesarias, durante mi atención o en mi representado en el Instituto, con fundamento en las norma legales, médicas y éticas vigentes.

El paciente manifiesta que el médico le explicó suficientemente, que en caso de aceptar el acto médico propuesto, cuenta con la absoluta libertad de revocar este consentimiento en el momento que así lo considere pertinente, reiterando así su absoluto respeto a la libre toma de decisión.

2444-14

**DATOS DE QUIEN ACEPTA EL CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO DE OPERCULECTOMIA.**

\_\_\_\_\_  
Nombre (s) y apellidos del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre(s) y apellidos del paciente,  
familiar, tutor o representante Legal

\_\_\_\_\_  
Firma o Huella digital

Ciudad de México a \_\_\_\_ de \_\_\_\_ del 20\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Asimismo, con este mismo acto de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, designo como mis testigos:

Testigo

Testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre(s) y apellidos, firma y parentesco

\_\_\_\_\_  
Nombre(s) completo, firma y parentesco

**NEGACIÓN PARA PROCEDIMIENTO DE OPERCULECTOMIA.**

Por medio de la presente, de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, **NIEGO** que me sea(n) practicada(s), en mi familiar o en mí representado el procedimiento de operculectomía. Consciente de que he sido informado(a) de las consecuencias que resulten de esta negativa, incluyendo poner en peligro la vida.

\_\_\_\_\_  
Nombres (s) y apellidos del paciente, familiar más cercano en vínculo, tutor o representante legal.

\_\_\_\_\_  
Firma o huella digital

Ciudad de México a \_\_\_\_ de \_\_\_\_ del 20\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Asimismo, con este mismo acto de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, designo como mis testigos a:

Testigo

Testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre completo, firma y parentesco

\_\_\_\_\_  
Nombre completo, firma y parentesco

**DATOS DE QUIEN RECABA EL CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO DE BIOPSIAS DE CAVIDAD BUCAL**

\_\_\_\_\_  
Nombre completo y firma del/la médico(a) tratante

\_\_\_\_\_  
N°. de cédula profesional



Ciudad de México a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_\_.

**REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO OPERCULECTOMIA**

Por medio de la presente, **REVOCO** el consentimiento informado para continuar con el procedimiento de biopsias de cavidad bucal otorgado en fecha \_\_\_\_\_, y es mi deseo **NO PROSEGUIR CON EL PROCEDIMIENTO DE OPERCULECTOMIA** que se indicó en mí o en mi representado(a) \_\_\_\_\_, a partir de la fecha \_\_\_\_\_, hora \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_, deslindando de toda responsabilidad al personal del Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", toda vez que he entendido los alcances que conlleva esta revocación. Conozco los riesgos de no llevarla a cabo, pues se me han explicado las consecuencias de ello en términos que comprendo y aun así decido **NO** proseguir con procedimiento.

**DATOS DE QUIEN REVOCA EL CONSENTIMIENTO PARA OPERCULECTOMIA.**

\_\_\_\_\_  
Nombre(s) y apellidos del paciente, familiar, tutor o representante Legal.

\_\_\_\_\_  
Firma o huella digital

Número de expediente: \_\_\_\_\_

Asimismo, con este mismo acto de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, designo como mis testigos a los:

Testigo

Testigo

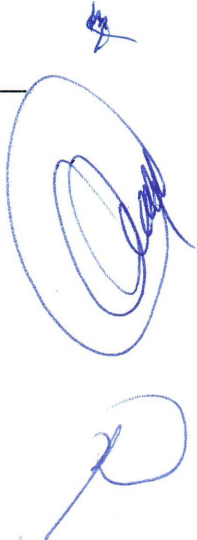
\_\_\_\_\_  
Nombre completo, firma y parentesco

\_\_\_\_\_  
Nombre completo, firma y parentesco

**DATOS DE QUIEN RECABA REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO AUTORIZADO PARA PROCEDIMIENTO DE OPERCULECTOMIA**

\_\_\_\_\_  
Nombre completo y firma del/la médico(a) tratante

\_\_\_\_\_  
N° de cédula profesional



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO DE TRATAMIENTO DE CONDUCTOS

El tratamiento de conductos es una técnica imprescindible que se utiliza a diario para remover el nervio del diente inflamado y/o infectado. Una vez removido el nervio infectado, se rellena el espacio remanente con un material dental llamado gutapercha, el cual permite sellar la entrada del diente a las bacterias que normalmente se encuentran en la boca.

Una vez concluido el tratamiento de conductos, requerirá una restauración indirecta (corona) la cual deberá ser colocada en un lapso no mayor a 30 días a partir del día que se terminó el tratamiento; éste tratamiento no se realiza en el Instituto por lo que deberá acudir a otro lugar para llevarla a cabo, de lo contrario el tratamiento se recontaminará y se tendrá que repetir

Durante el procedimiento usted recibirá atención por odontólogos y otros profesionales de la salud, que se encuentran cursando algún programa de servicio social, siempre bajo la supervisión de odontólogos adscritos.

**Beneficios:** El tratamiento de conductos permite:

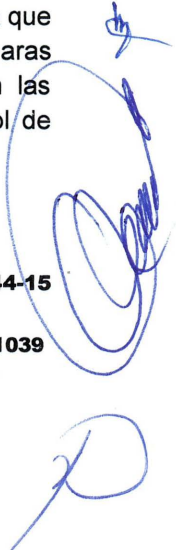
- Eliminar tejido dental enfermo y así evitar que avanza una infección
- Detener el proceso de destrucción del diente.
- Devolver la función adecuada del diente mediante la colocación de gutapercha y así que se pueda rehabilitar con una restauración indirecta.

**Riesgos:** El tratamiento de conductos es un procedimiento seguro, sin embargo, no está libre de riesgos, por lo que se pueden presentar complicaciones leves, moderadas o severas como son:

- Durante el procedimiento puede ocurrir que el hipoclorito de sodio que es una sustancia que se utiliza para limpiar el diente, sobrepase el límite de la raíz del diente provocando un moretón que puede llegar a abarcar hasta la mitad de la cara y deberá tratarse con antibióticos y analgésicos.
- Al concluir el procedimiento puede llegar a ocurrir que se salga cierta cantidad de material dental (gutapercha y/o cemento) más allá del límite de la raíz del diente pudiendo provocar una infección en el hueso a mediano o largo plazo.
- Durante el procedimiento de limpieza del conducto puede llegar a fracturarse alguno de los instrumentos (limas) que se utilizan para esto.

De presentarse cualquier complicación, el Instituto cuenta con personal capacitado para asistirlo de forma inmediata y realizar lo necesario para tratar los síntomas que pudieran existir siempre bajo los lineamientos éticos y científicos de la práctica médica, atendiendo al principio de la libertad prescriptiva, lo que significa que le otorga a los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud facultad en su actuar en aras de obtener y encaminarse en todo momento al beneficio del paciente, tomando en consideración las circunstancias del caso concreto, de acuerdo a la NOM-013-SSA2-2015, para la prevención y control de enfermedades bucales.

2444-15



**ACEPTACIÓN PARA PROCEDIMIENTO DE TRATAMIENTO DE CONDUCTOS**

Manifiesto que me ha sido brindada información detallada, se me ha explicado en palabras comprensibles para mí, de la seguridad, riesgos y beneficios del procedimiento; de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, además de que he leído el consentimiento informado, lo he comprendido, firmo de aceptación y de conformidad, por lo que **AUTORIZO** al personal del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes para que se me realicen tratamientos de conductos que el médico odontólogo considere necesarios, durante mi atención o en mi representado en el Instituto, con fundamento en las norma legales, médicas y éticas vigentes.

El paciente manifiesta que el médico le explicó suficientemente, que en caso de aceptar el acto médico propuesto, cuenta con la absoluta libertad de revocar este consentimiento en el momento que así lo considere pertinente, reiterando así su absoluto respeto a la libre toma de decisión.

**DATOS DE QUIEN ACEPTA EL CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO DE TRATAMIENTO DE CONDUCTOS**

Nombre (s) y apellidos del paciente

Nombre(s) y apellidos del paciente, familiar, tutor o representante Legal

Firma o Huella digital

Ciudad de México a \_\_\_\_ de \_\_\_\_ del 20\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Asimismo, con este mismo acto de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, designo como mis testigos:

Testigo

Testigo

Nombre(s) y apellidos, firma y parentesco

Nombre(s) completo, firma y parentesco

**NEGACIÓN PARA PROCEDIMIENTO DE TRATAMIENTO DE CONDUCTOS**

Por medio de la presente, de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, **NIEGO** que me sea(n) practicada(s), en mi familiar o en mí representado procedimientos de tratamientos de conductos. Consciente de que he sido informado(a) de las consecuencias que resulten de esta negativa, incluyendo poner en peligro la vida.

Nombres (s) y apellidos del paciente, familiar más cercano en vínculo, tutor o representante legal.

Firma o huella digital

Ciudad de México a \_\_\_\_ de \_\_\_\_ del 20\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Asimismo, con este mismo acto de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, designo como mis testigos a:

Testigo

Testigo

Nombre completo, firma y parentesco

Nombre completo, firma y parentesco

**DATOS DE QUIEN RECABA EL CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS DE TRATAMIENTO DE CONDUCTOS**



**INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA  
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
DIRECCIÓN MÉDICA  
COORDINACIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA Y CONSULTA EXTERNA  
SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA**



Ciudad de México a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_\_.

**REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS DE TRATAMIENTOS DE CONDUCTOS**

Por medio de la presente, **REVOCO** el consentimiento informado para continuar con el procedimiento de tratamientos d conductos otorgado en fecha \_\_\_\_\_, y es mi deseo **NO PROSEGUIR CON EL PROCEDIMIENTO DE TRATAMIENTO DE CONDUCTOS** que se indicó en mí o en mí representado(a) \_\_\_\_\_, a partir de la fecha \_\_\_\_\_, hora \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_, deslindando de toda responsabilidad al personal del Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", toda vez que he entendido los alcances que conlleva esta revocación. Conozco los riesgos de no llevarla a cabo, pues se me han explicado las consecuencias de ello en términos que comprendo y aun así decido **NO** proseguir con procedimiento.

**DATOS DE QUIEN REVOCA EL CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS DE TRATAMIENTOS DE CONDUCTOS**

\_\_\_\_\_  
Nombre(s) y apellidos del paciente, familiar, tutor o representante Legal.

\_\_\_\_\_  
Firma o huella digital

Número de expediente: \_\_\_\_\_

Asimismo, con este mismo acto de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, designo como mis testigos a los:

Testigo

Testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre completo, firma y parentesco

\_\_\_\_\_  
Nombre completo, firma y parentesco

**DATOS DE QUIEN RECABA REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO AUTORIZADO PARA PROCEDIMEINTOS DE TRATAMIENTOS DE CONDUCTOS**

\_\_\_\_\_  
Nombre completo y firma del/la médico(a) tratante

\_\_\_\_\_  
N° de cédula profesional

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO DE TOMA DE RADIOGRAFÍAS PERIAPICALES

La toma de radiografías periapicales es una técnica imprescindible que se utiliza a diario en la práctica odontológica para poder observar estructuras que de otra manera no podrían ser vistas; con éstas, también podemos observar presencia o ausencia de infecciones asociadas a los dientes y lesiones de otros tipos. Para poder así realizar un diagnóstico correcto y determinar un plan de tratamiento. En caso de estar embarazada, la cantidad de radiación utilizada para la toma de las mismas es muy baja, por lo que es un procedimiento seguro para el bebé en formación.

Durante el procedimiento usted recibirá atención por odontólogos y otros profesionales de la salud, que se encuentran cursando algún programa de servicio social, siempre bajo la supervisión de odontólogos adscritos.

**Beneficios:** Las radiografías periapicales permiten:

- Observar estructuras que no son visibles de otra manera
- Poder hacer un diagnóstico más preciso.

**Riesgos:** Las radiografías periapicales son un procedimiento seguro, sin embargo, no está libre de riesgos, por lo que se pueden presentar alguna complicación leve como:

- Puede lesionarse la mucosa del piso de la boca, del paladar o alguna otra zona de la cavidad bucal con la misma radiografía al momento de colocar la placa para tomarla.

De presentarse cualquier complicación, el Instituto cuenta con personal capacitado para asistirlo de forma inmediata y realizar lo necesario para tratar los síntomas que pudieran existir siempre bajo los lineamientos éticos y científicos de la práctica médica, atendiendo al principio de la libertad prescriptiva, lo que significa que le otorga a los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud facultad en su actuar en aras de obtener y encaminarse en todo momento al beneficio del paciente, tomando en consideración las circunstancias del caso concreto, de acuerdo a la NOM-013-SSA2-2015, para la prevención y control de enfermedades bucales.

### ACEPTACIÓN PARA PROCEDIMIENTO DE TOMA DE RADIOGRAFÍAS PERIAPICALES

Manifiesto que me ha sido brindada información detallada, se me ha explicado en palabras comprensibles para mí, de la seguridad, riesgos y beneficios del procedimiento; de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, además de que he leído el consentimiento informado, lo he comprendido, firmo de aceptación y de conformidad, por lo que **AUTORIZO** al personal del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes para que se me realicen procedimientos de toma de radiografías periapicales que el médico odontólogo considere necesarios, durante mi atención o en mi representado en el Instituto, con fundamento en las normas legales, médicas y éticas vigentes.

El paciente manifiesta que el médico le explicó suficientemente, que en caso de aceptar el acto médico propuesto, cuenta con la absoluta libertad de revocar este consentimiento en el momento que así lo considere pertinente, reiterando así su absoluto respeto a la libre toma de decisión.

2444-16

**DATOS DE QUIEN ACEPTA EL CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO DE TOMA DE RADIOGRAFÍAS PERIAPICALES**

Nombre (s) y apellidos del paciente

Nombre(s) y apellidos del paciente, familiar, tutor o representante Legal

Firma o Huella digital

Ciudad de México a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Asimismo, con este mismo acto de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, designo como mis testigos:

Testigo

Testigo

Nombre(s) y apellidos, firma y parentesco

Nombre(s) completo, firma y parentesco

**NEGACIÓN PARA PROCEDIMIENTO DE TOMA DE RADIOGRAFÍAS PERIAPICALES**

Por medio de la presente, de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, **NIEGO** que me sea(n) practicada(s), en mi familiar o en mí representado procedimientos de toma de radiografías periapicales. Consciente de que he sido informado(a) de las consecuencias que resulten de esta negativa, incluyendo poner en peligro la vida.

Nombres (s) y apellidos del paciente, familiar más cercano en vínculo, tutor o representante legal.

Firma o huella digital

Ciudad de México a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Asimismo, con este mismo acto de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, designo como mis testigos a:

Testigo

Testigo

Nombre completo, firma y parentesco

Nombre completo, firma y parentesco

**DATOS DE QUIEN RECABA EL CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS DE TOMA DE RADIOGRAFÍAS PERIAPICALES**

Nombre completo y firma del/la médico(a) tratante

N°. de cédula profesional





**INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA  
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
DIRECCIÓN MÉDICA  
COORDINACIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA Y CONSULTA EXTERNA  
SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA**



Ciudad de México a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_.

**REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO DE TOMA DE RADIOGRAFÍAS PERIAPICALES**

Por medio de la presente, REVOCO el consentimiento informado para continuar con el procedimiento de toma de radiografías periapicales otorgado en fecha \_\_\_\_\_, y es mi deseo NO PROSEGUIR CON EL PROCEDIMIENTO DE TOMA DE RADIOGRAFÍAS PERIAPICALES que se indicó en mí o en mí representado(a) \_\_\_\_\_, a partir de la fecha \_\_\_\_\_, hora \_\_\_\_:\_\_\_\_, deslindando de toda responsabilidad al personal del Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", toda vez que he entendido los alcances que conlleva esta revocación. Conozco los riesgos de no llevarla a cabo, pues se me han explicado las consecuencias de ello en términos que comprendo y aun así decido NO proseguir con procedimiento.

**DATOS DE QUIEN REVOCA EL CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO DE TOMA DE RADIOGRAFÍAS PERIAPICALES**

|  |                        |
|--|------------------------|
| Nombre(s) y apellidos del paciente, familiar, tutor o representante Legal. | Firma o huella digital |
|--|------------------------|

Número de expediente: \_\_\_\_\_

Asimismo, con este mismo acto de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, designo como mis testigos a los:

|                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Testigo                             | Testigo                             |
| Nombre completo, firma y parentesco | Nombre completo, firma y parentesco |

**DATOS DE QUIEN RECABA REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO AUTORIZADO PARA PROCEDIMIENTO DE TOMA DE RADIOGRAFÍAS PERIAPICALES**

|   |                          |
|---|--------------------------|
| Nombre completo y firma del/la médico(a) tratante | N° de cédula profesional |
|---|--------------------------|

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO DE RASPADOS Y ALISADOS RADICULARES**

El raspado y alisado radicular es una técnica utilizada diariamente en la práctica odontológica y consiste en eliminar de manera mecánica por medio de instrumentos especializados llamados curetas, los depósitos de cálculo que se encuentran por debajo de la encía, así como bacterias que se adhieren a la superficie de la raíz del diente.

Durante el procedimiento usted recibirá atención por odontólogos y otros profesionales de la salud, que se encuentran cursando algún programa de servicio social, siempre bajo la supervisión de médicos adscritos.

**Beneficios:** El raspado y alisado radicular permite:

- Eliminar bacterias que producen pérdida del hueso de soporte de los dientes.
- Detener el progreso de la periodontitis, que es la enfermedad que destruye el hueso de soporte de los dientes.
- Disminuir la movilidad de los dientes provocada por la pérdida del hueso de soporte.
- Eliminar el sangrado espontáneo de la encía.

**Riesgos:** El raspado y alisado radicular es un procedimiento seguro, sin embargo, no está libre de riesgos, por lo que se pueden presentar complicaciones leves, como son:

- Hipersensibilidad a los cambios de temperatura después del procedimiento
- Contracción de la encía exponiendo más la raíz del diente.

De presentarse cualquier complicación, el Instituto cuenta con personal capacitado para asistirlo de forma inmediata y realizar lo necesario para tratar los síntomas que pudieran existir siempre bajo los lineamientos éticos y científicos de la práctica médica, atendiendo al principio de la libertad prescriptiva, lo que significa que le otorga a los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud facultad en su actuar en aras de obtener y encaminarse en todo momento al beneficio del paciente, tomando en consideración las circunstancias del caso concreto, de acuerdo a la **NOM-013-SSA2-2015**, para la prevención y control de enfermedades bucales.

### **ACEPTACIÓN PARA PROCEDIMIENTO DE RASPADO Y ALISADO RADICULAR**

Manifiesto que me ha sido brindada información detallada, se me ha explicado en palabras comprensibles para mí, de la seguridad, riesgos y beneficios del procedimiento; de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, además de que he leído el consentimiento informado, lo he comprendido, firmo de aceptación y de conformidad, por lo que **AUTORIZO** al personal del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes para procedimientos de raspado y alisado radicular que el médico odontólogo considere necesarias, durante mi atención o en mi representado en el Instituto, con fundamento en las normas legales, médicas y éticas vigentes.

El paciente manifiesta que el médico le explicó suficientemente, que en caso de aceptar el acto médico propuesto, cuenta con la absoluta libertad de revocar este consentimiento en el momento que así lo considere pertinente, reiterando así su absoluto respeto a la libre toma de decisión.

2444-17

**DATOS DE QUIEN ACEPTA EL CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO DE ALISADO Y RASPADO RADICULAR**

\_\_\_\_\_  
Nombre (s) y apellidos del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre(s) y apellidos del paciente,  
familiar, tutor o representante Legal

\_\_\_\_\_  
Firma o Huella digital

Ciudad de México a \_\_\_\_ de \_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Asimismo, con este mismo acto de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, designo como mis testigos:

Testigo

Testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre(s) y apellidos, firma y parentesco

\_\_\_\_\_  
Nombre(s) completo, firma y parentesco

**NEGACIÓN PARA PROCEDIMIENTO DE RASPADO Y ALISADO RADICULAR**

Por medio de la presente, de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, **NIEGO** que me sea(n) practicada(s), en mi familiar o en mí representado procedimientos de raspado ya alisado radicular. Consciente de que he sido informado(a) de las consecuencias que resulten de esta negativa, incluyendo poner en peligro la vida.

\_\_\_\_\_  
Nombres (s) y apellidos del paciente, familiar más  
cercano en vínculo, tutor o representante legal.

\_\_\_\_\_  
Firma o huella digital

Ciudad de México a \_\_\_\_ de \_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Asimismo, con este mismo acto de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, designo como mis testigos a:

Testigo

Testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre completo, firma y parentesco

\_\_\_\_\_  
Nombre completo, firma y parentesco

**DATOS DE QUIEN RECABA EL CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS DE RASPADO Y ALISADO RADICULAR**

\_\_\_\_\_  
Nombre completo y firma del/la médico(a) tratante

\_\_\_\_\_  
N°. de cédula profesional





Ciudad de México a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_\_.

**REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS DE RASPADO Y ALISADO RADICULAR**

Por medio de la presente, **REVOCO** el consentimiento informado para continuar con el procedimiento de raspado y alisado radicular otorgado en fecha \_\_\_\_\_, y es mi deseo **NO PROSEGUIR EL PROCEDIMIENTO DE RASPADO Y ALISADO RADICULAR** que se indicó en mí o en mí representado(a) \_\_\_\_\_, a partir de la fecha \_\_\_\_\_, hora \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_, deslindando de toda responsabilidad al personal del Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", toda vez que he entendido los alcances que conlleva esta revocación. Conozco los riesgos de no llevarla a cabo, pues se me han explicado las consecuencias de ello en términos que comprendo y aun así decido **NO** proseguir con procedimiento.

**DATOS DE QUIEN REVOCA EL CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO DE ALISADO Y RASPADO RADICULAR**

\_\_\_\_\_  
**Nombre(s) y apellidos del paciente, familiar, tutor o representante Legal.**

\_\_\_\_\_  
**Firma o huella digital**

Número de expediente: \_\_\_\_\_

Asimismo, con este mismo acto de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, designo como mis testigos a los:

**Testigo**

**Testigo**

\_\_\_\_\_  
**Nombre completo, firma y parentesco**

\_\_\_\_\_  
**Nombre completo, firma y parentesco**

**DATOS DE QUIEN RECABA REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO AUTORIZADO PARA PROCEDIMIENTO DE RASPADO Y ALISADO RADICULAR**

\_\_\_\_\_  
**Nombre completo y firma del/la médico(a) tratante**

\_\_\_\_\_  
**N° de cédula profesional**

17

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO DE BIOPSIAS EN CAVIDAD BUCAL**

Las biopsias de cavidad bucal son un procedimiento que se realiza de manera rutinaria para llevar a cabo un diagnóstico en el laboratorio de diversas lesiones y así corroborar un diagnóstico basado únicamente en la apreciación a simple vista de la misma. Consiste en remover ya sea una parte o por completo la lesión a examinar.

Durante el procedimiento usted recibirá atención por odontólogos y otros profesionales de la salud, que se encuentran cursando algún programa de servicio social, siempre bajo la supervisión de médicos adscritos.

**Beneficios:** La biopsias permiten:

- Realizar de manera precisa un diagnóstico ya que se valorará en el microscopio en el laboratorio.
- Eliminar una lesión que se presente en la cavidad bucal.

**Riesgos:** La biopsia de cavidad bucal es un procedimiento seguro, sin embargo, no está libre de riesgos, por lo que se pueden presentar complicaciones leves a graves, como son:

- Puede producirse una hemorragia de moderada a severa durante el procedimiento o durante el post operatoria.
- Daños a vasos sanguíneos (venas o arterias), daño a nervios, que requerirán tratarse posteriormente.
- Se podría producir un moretón en la zona cercana a la extracción.

De presentarse cualquier complicación, el Instituto cuenta con personal capacitado para asistirlo de forma inmediata y realizar lo necesario para tratar los síntomas que pudieran existir siempre bajo los lineamientos éticos y científicos de la práctica médica, atendiendo al principio de la libertad prescriptiva, lo que significa que le otorga a los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud facultad en su actuar en aras de obtener y encaminarse en todo momento al beneficio del paciente, tomando en consideración las circunstancias del caso concreto, de acuerdo a la NOM-013-SSA2-2015, para la prevención y control de enfermedades bucales.

### **ACEPTACIÓN PARA EL PROCEDIMIENTO DE BIOPSIAS DE CAVIDAD BUCAL**

Manifiesto que me ha sido brindada información detallada, se me ha explicado en palabras comprensibles para mí, de la seguridad, riesgos y beneficios del procedimiento; de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, además de que he leído el consentimiento informado, lo he comprendido, firmo de aceptación y de conformidad, por lo que **AUTORIZO** al personal del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes para que se me realice el procedimiento de biopsias de cavidad bucal que el médico odontólogo considere necesarias, durante mi atención o en mi representado en el Instituto, con fundamento en las normas legales, médicas y éticas vigentes.

El paciente manifiesta que el médico le explicó suficientemente, que en caso de aceptar el acto médico propuesto, cuenta con la absoluta libertad de revocar este consentimiento en el momento que así lo considere pertinente, reiterando así su absoluto respeto a la libre toma de decisión.

2444-18



**DATOS DE QUIEN ACEPTA EL CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO DE BIOPSIAS DE CAVIDAD BUCAL**

\_\_\_\_\_  
Nombre (s) y apellidos del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre(s) y apellidos del paciente,  
familiar, tutor o representante Legal

\_\_\_\_\_  
Firma o Huella digital

Ciudad de México a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Asimismo, con este mismo acto de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, designo como mis testigos:

Testigo

Testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre(s) y apellidos, firma y parentesco

\_\_\_\_\_  
Nombre(s) completo, firma y parentesco

**NEGACIÓN PARA PROCEDIMIENTO DE BIOPSIAS DE CAVIDAD BUCAL**

Por medio de la presente, de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, **NIEGO** que me sea(n) practicada(s), en mi familiar o en mí representado el procedimiento de biopsias de cavidad bucal. Consciente de que he sido informado(a) de las consecuencias que resulten de esta negativa, incluyendo poner en peligro la vida.

\_\_\_\_\_  
Nombres (s) y apellidos del paciente, familiar más  
cercano en vínculo, tutor o representante legal.

\_\_\_\_\_  
Firma o huella digital

Ciudad de México a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Asimismo, con este mismo acto de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, designo como mis testigos a:

Testigo

Testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre completo, firma y parentesco

\_\_\_\_\_  
Nombre completo, firma y parentesco

**DATOS DE QUIEN RECABA EL CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO DE BIOPSIAS DE CAVIDAD BUCAL**

\_\_\_\_\_  
Nombre completo y firma del/la médico(a) tratante

\_\_\_\_\_  
N°. de cédula profesional





Ciudad de México a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_\_.

**REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO DE BIOPSIAS DE CAVIDAD BUCAL**

Por medio de la presente, **REVOCO** el consentimiento informado para continuar con el procedimiento de biopsias de cavidad bucal otorgado en fecha \_\_\_\_\_, y es mi deseo **NO PROSEGUIR CON EL PROCEDIMIENTO DE BIOPSIAS DE CAVIDAD BUCAL** que se indicó en mí o en mí representado(a) \_\_\_\_\_, a partir de la fecha \_\_\_\_\_, hora \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_, deslindando de toda responsabilidad al personal del Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", toda vez que he entendido los alcances que conlleva esta revocación. Conozco los riesgos de no llevarla a cabo, pues se me han explicado las consecuencias de ello en términos que comprendo y aun así decido **NO** proseguir con procedimiento.

**DATOS DE QUIEN REVOCA EL CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO DE BIOPSIAS DE CAVIDAD BUCAL**

\_\_\_\_\_  
 Nombre(s) y apellidos del paciente, familiar, tutor o representante Legal.

\_\_\_\_\_  
 Firma o huella digital

Número de expediente: \_\_\_\_\_

Asimismo, con este mismo acto de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, designo como mis testigos a los:

**Testigo**

**Testigo**

\_\_\_\_\_  
 Nombre completo, firma y parentesco

\_\_\_\_\_  
 Nombre completo, firma y parentesco

**DATOS DE QUIEN RECABA REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO AUTORIZADO PARA PROCEDIMIENTO DE BIOPSIAS DE CAVIDAD BUCAL**

\_\_\_\_\_  
 Nombre completo y firma del/la médico(a) tratante

\_\_\_\_\_  
 N° de cédula profesional

*[Handwritten signature]*

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO DE COBERTURAS RADICULARES

El tratamiento de coberturas radiculares es una técnica que se utiliza a diario para volver a cubrir parte de la raíz de los dientes expuesta. Consiste en tomar una porción de tejido del paladar para recolocar en la raíz y de ésta forma lograr cubrirla.

Durante el procedimiento usted recibirá atención por odontólogos y otros profesionales de la salud, que se encuentran cursando algún programa de servicio social, siempre bajo la supervisión de odontólogos adscritos.

**Beneficios:** El tratamiento de coberturas radiculares permite:

- Cubrir superficie de la raíz expuesta.
- Corregir la sensibilidad a los cambios de temperatura.
- Disminuir la probabilidad de caries en la raíz del diente.
- Mejorar la estética de los dientes.

**Riesgos:** El tratamiento de coberturas radiculares un procedimiento seguro, sin embargo, no está libre de riesgos, por lo que se pueden presentar complicaciones leves, moderadas o severas como son:

- Durante el procedimiento o post-operatorio puede ocurrir una hemorragia.
- Pueden presentarse moretones cercanos a la zona de cirugía.
- Daños a nervios o vasos sanguíneos cercanos a la zona de la cirugía ocasionando pérdida de sensibilidad temporal o permanente.
- Que no se adapte el tejido injertado y por lo tanto no se logre la cobertura.

De presentarse cualquier complicación, el Instituto cuenta con personal capacitado para asistirlo de forma inmediata y realizar lo necesario para tratar los síntomas que pudieran existir siempre bajo los lineamientos éticos y científicos de la práctica médica, atendiendo al principio de la libertad prescriptiva, lo que significa que le otorga a los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud facultad en su actuar en aras de obtener y encaminarse en todo momento al beneficio del paciente, tomando en consideración las circunstancias del caso concreto, de acuerdo a la NOM-013-SSA2-2015, para la prevención y control de enfermedades bucales.

### ACEPTACIÓN PARA PROCEDIMIENTO DE COBERTURAS RADICULARES

Manifiesto que me ha sido brindada información detallada, se me ha explicado en palabras comprensibles para mí, de la seguridad, riesgos y beneficios del procedimiento; de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, además de que he leído el consentimiento informado, lo he comprendido, firmo de aceptación y de conformidad, por lo que **AUTORIZO** al personal del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes para que se me realicen tratamientos de coberturas radiculares que el médico odontólogo considere necesarios, durante mi atención o en mi representado en el Instituto, con fundamento en las norma legales, médicas y éticas vigentes.

El paciente manifiesta que el médico le explicó suficientemente, que en caso de aceptar el acto médico propuesto, cuenta con la absoluta libertad de revocar este consentimiento en el momento que así lo considere pertinente, reiterando así su absoluto respeto a la libre toma de decisión.

2444-19

**DATOS DE QUIEN ACEPTA EL CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO DE COBERTURAS RADICULARES**

\_\_\_\_\_  
Nombre (s) y apellidos del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre(s) y apellidos del paciente, familiar, tutor o representante Legal

\_\_\_\_\_  
Firma o Huella digital

Ciudad de México a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Asimismo, con este mismo acto de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, designo como mis testigos:

Testigo

Testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre(s) y apellidos, firma y parentesco

\_\_\_\_\_  
Nombre(s) completo, firma y parentesco

**NEGACIÓN PARA PROCEDIMIENTO DE COBERTURAS RADICULARES**

Por medio de la presente, de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, **NIEGO** que me sea(n) practicada(s), en mi familiar o en mí representado procedimientos de coberturas radiculares. Consciente de que he sido informado(a) de las consecuencias que resulten de esta negativa, incluyendo poner en peligro la vida.

\_\_\_\_\_  
Nombres (s) y apellidos del paciente, familiar más cercano en vínculo, tutor o representante legal.

\_\_\_\_\_  
Firma o huella digital

Ciudad de México a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Asimismo, con este mismo acto de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, designo como mis testigos a:

Testigo

Testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre completo, firma y parentesco

\_\_\_\_\_  
Nombre completo, firma y parentesco

**DATOS DE QUIEN RECABA EL CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS DE COBERTURAS RADICULARES**

\_\_\_\_\_  
Nombre completo y firma del/la médico(a) tratante

\_\_\_\_\_  
Nº. de cédula profesional





Ciudad de México a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_\_.

**REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS DE COBERTURAS RADICULARES**

Por medio de la presente, **REVOCO** el consentimiento informado para continuar con el procedimiento de coberturas radiculares otorgado en fecha \_\_\_\_\_, y es mi deseo **NO PROSEGUIR CON EL PROCEDIMIENTO DE COBERTURAS RADICULARES** que se indicó en mí o en mí representado(a) \_\_\_\_\_, a partir de la fecha \_\_\_\_\_, hora \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_, deslindando de toda responsabilidad al personal del Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", toda vez que he entendido los alcances que conlleva esta revocación. Conozco los riesgos de no llevarla a cabo, pues se me han explicado las consecuencias de ello en términos que comprendo y aun así decido **NO** proseguir con procedimiento.

**DATOS DE QUIEN REVOCA EL CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS DE COBERTURAS RADICULARES**

\_\_\_\_\_  
 Nombre(s) y apellidos del paciente, familiar, tutor o representante Legal.

\_\_\_\_\_  
 Firma o huella digital

Número de expediente: \_\_\_\_\_

Asimismo, con este mismo acto de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, designo como mis testigos a los:

**Testigo**

**Testigo**

\_\_\_\_\_  
 Nombre completo, firma y parentesco

\_\_\_\_\_  
 Nombre completo, firma y parentesco

**DATOS DE QUIEN RECABA REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO AUTORIZADO PARA PROCEDIMEINTOS DE COBERTURAS RADICULRES**

\_\_\_\_\_  
 Nombre completo y firma del/la médico(a) tratante

\_\_\_\_\_  
 N° de cédula profesional

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO DE DESBRIDAMIENTO POR COLGAJO**

El desbridamiento por colgajo es una técnica utilizada diariamente en la práctica odontológica y consiste en eliminar de manera mecánica por medio de instrumentos especializados llamados curetas, los depósitos de cálculo, así como bacterias que se adhieren a la superficie de la raíz del diente, realizando el acceso a estas zonas levantando la encía.

Durante el procedimiento usted recibirá atención por odontólogos y otros profesionales de la salud, que se encuentran cursando algún programa de servicio social, siempre bajo la supervisión de médicos adscritos.

**Beneficios:** El desbridamiento por colgajo permite:

- Eliminar bacterias que producen pérdida del hueso de soporte de los dientes.
- Detener el progreso de la periodontitis, que es la enfermedad que destruye el hueso de soporte de los dientes.
- Disminuir la movilidad de los dientes provocada por la pérdida del hueso de soporte.
- Eliminar el sangrado espontáneo de la encía.

**Riesgos:** El raspado y alisado radicular es un procedimiento seguro, sin embargo, no está libre de riesgos, por lo que se pueden presentar complicaciones leves, como son:

- Hipersensibilidad a los cambios de temperatura después del procedimiento
- Contracción de la encía exponiendo más la raíz del diente.

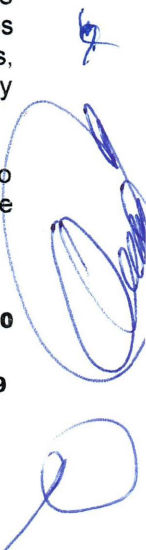
De presentarse cualquier complicación, el Instituto cuenta con personal capacitado para asistirlo de forma inmediata y realizar lo necesario para tratar los síntomas que pudieran existir siempre bajo los lineamientos éticos y científicos de la práctica médica, atendiendo al principio de la libertad prescriptiva, lo que significa que le otorga a los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud facultad en su actuar en aras de obtener y encaminarse en todo momento al beneficio del paciente, tomando en consideración las circunstancias del caso concreto, de acuerdo a la NOM-013-SSA2-2015, para la prevención y control de enfermedades bucales.

### **ACEPTACIÓN PARA PROCEDIMIENTO DE DESBRIDAMIENTO POR COLGAJO**

Manifiesto que me ha sido brindada información detallada, se me ha explicado en palabras comprensibles para mí, de la seguridad, riesgos y beneficios del procedimiento; de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, además de que he leído el consentimiento informado, lo he comprendido, firmo de aceptación y de conformidad, por lo que **AUTORIZO** al personal del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes para procedimientos de desbridamiento por colgajo que el médico odontólogo considere necesarias, durante mi atención o en mi representado en el Instituto, con fundamento en las norma legales, médicas y éticas vigentes.

El paciente manifiesta que el médico le explicó suficientemente, que en caso de aceptar el acto médico propuesto, cuenta con la absoluta libertad de revocar este consentimiento en el momento que así lo considere pertinente, reiterando así su absoluto respeto a la libre toma de decisión.

2444-20



DATOS DE QUIEN ACEPTA EL CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO DE DESBRIDAMIENTO POR COLGAJO

\_\_\_\_\_  
**Nombre (s) y apellidos del paciente**

\_\_\_\_\_  
**Nombre(s) y apellidos del paciente,  
familiar, tutor o representante Legal**

\_\_\_\_\_  
**Firma o Huella digital**

Ciudad de México a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Asimismo, con este mismo acto de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, designo como mis testigos:

**Testigo**

**Testigo**

\_\_\_\_\_  
**Nombre(s) y apellidos, firma y parentesco**

\_\_\_\_\_  
**Nombre(s) completo, firma y parentesco**

**NEGACIÓN PARA PROCEDIMIENTO DE DESBRIDAMIENTO POR COLGAJO**

Por medio de la presente, de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, **NIEGO** que me sea(n) practicada(s), en mi familiar o en mí representado procedimientos de desbridamiento por colgajo. Consciente de que he sido informado(a) de las consecuencias que resulten de esta negativa, incluyendo poner en peligro la vida.

\_\_\_\_\_  
**Nombres (s) y apellidos del paciente, familiar más  
cercano en vínculo, tutor o representante legal.**

\_\_\_\_\_  
**Firma o huella digital**

Ciudad de México a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Asimismo, con este mismo acto de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, designo como mis testigos a:

**Testigo**

**Testigo**



\_\_\_\_\_  
**Nombre completo, firma y parentesco**

\_\_\_\_\_  
**Nombre completo, firma y parentesco**

**DATOS DE QUIEN RECABA EL CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS DE DESBRIDAMIENTO POR COLGAJO**

\_\_\_\_\_  
**Nombre completo y firma del/la médico(a) tratante**

\_\_\_\_\_  
**N°. de cédula profesional**

*by*  
  




Ciudad de México a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_.

**REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS DE  
 DESBRIDAMIENTO POR COLGAJO**

Por medio de la presente, **REVOCO** el consentimiento informado para continuar con el procedimiento de desbridamiento por colgajo otorgado en fecha \_\_\_\_\_, y es mi deseo **NO PROSEGUIR EL PROCEDIMIENTO DE DESBRIDAMIENTO POR COLGAJO** que se indicó en mí o en mi representado(a) \_\_\_\_\_, a partir de la fecha \_\_\_\_\_, hora \_\_\_\_:\_\_\_\_, deslindando de toda responsabilidad al personal del Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", toda vez que he entendido los alcances que conlleva esta revocación. Conozco los riesgos de no llevarla a cabo, pues se me han explicado las consecuencias de ello en términos que comprendo y aun así decido **NO** proseguir con procedimiento.

**DATOS DE QUIEN REVOCA EL CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO DE  
 DESBRIDAMIENTO POR COLGAJO**

\_\_\_\_\_  
 Nombre(s) y apellidos del paciente, familiar, tutor o representante Legal.

\_\_\_\_\_  
 Firma o huella digital

Número de expediente: \_\_\_\_\_

Asimismo, con este mismo acto de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, designo como mis testigos a los:

Testigo

Testigo

\_\_\_\_\_  
 Nombre completo, firma y parentesco

\_\_\_\_\_  
 Nombre completo, firma y parentesco

**DATOS DE QUIEN RECABA REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO AUTORIZADO  
 PARA PROCEDIMIENTO DE DESBRIDAMIENTO POR COLGAJO**

\_\_\_\_\_  
 Nombre completo y firma del/la médico(a) tratante

\_\_\_\_\_  
 N° de cédula profesional

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO DE APICECTOMÍA

El tratamiento de apicectomía es una técnica imprescindible que se utiliza a diario para resolver una infección persistente en un tratamiento de conductos fallido. El procedimiento consiste en levantar la encía y hacer una ventana en el hueso para poder llegar a la zona de la raíz del diente con la infección y cortarla, finalmente se coloca un material dental (cemento) para sellarla.

Durante el procedimiento usted recibirá atención por odontólogos y otros profesionales de la salud, que se encuentran cursando algún programa de servicio social, siempre bajo la supervisión de odontólogos adscritos.

**Beneficios:** El tratamiento de apicectomía permite:

- Eliminar tejido dental enfermo y así evitar la extracción del diente.
- Detener el proceso de destrucción del diente.

**Riesgos:** El tratamiento de apicectomía es un procedimiento seguro, sin embargo, no está libre de riesgos, por lo que se pueden presentar complicaciones leves, como son:

- Durante el procedimiento puede llegar a dañarse algún nervio cercano al diente produciendo pérdida de sensibilidad temporal o permanente.
- Puede llegar a ocurrir una re infección del diente teniendo que llevar a cabo la extracción del mismo.

De presentarse cualquier complicación, el Instituto cuenta con personal capacitado para asistirlo de forma inmediata y realizar lo necesario para tratar los síntomas que pudieran existir siempre bajo los lineamientos éticos y científicos de la práctica médica, atendiendo al principio de la libertad prescriptiva, lo que significa que le otorga a los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud facultad en su actuar en aras de obtener y encaminarse en todo momento al beneficio del paciente, tomando en consideración las circunstancias del caso concreto, de acuerdo a la NOM-013-SSA2-2015, para la prevención y control de enfermedades bucales.

## ACEPTACIÓN PARA PROCEDIMIENTO DE TRATAMIENTO DE APICECTOMÍA

Manifiesto que me ha sido brindada información detallada, se me ha explicado en palabras comprensibles para mí, de la seguridad, riesgos y beneficios del procedimiento; de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, además de que he leído el consentimiento informado, lo he comprendido, firmo de aceptación y de conformidad, por lo que **AUTORIZO** al personal del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes para que se me realicen tratamientos de apicectomía que el médico odontólogo considere necesarios, durante mi atención o en mi representado en el Instituto, con fundamento en las norma legales, médicas y éticas vigentes.

El paciente manifiesta que el médico le explicó suficientemente, que en caso de aceptar el acto médico propuesto, cuenta con la absoluta libertad de revocar este consentimiento en el momento que así lo considere pertinente, reiterando así su absoluto respeto a la libre toma de decisión.

2444-21



**DATOS DE QUIEN ACEPTA EL CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO DE APICECTOMÍA**

\_\_\_\_\_  
Nombre (s) y apellidos del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre(s) y apellidos del paciente,  
familiar, tutor o representante Legal

\_\_\_\_\_  
Firma o Huella digital

Ciudad de México a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Asimismo, con este mismo acto de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, designo como mis testigos:

Testigo

Testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre(s) y apellidos, firma y parentesco

\_\_\_\_\_  
Nombre(s) completo, firma y parentesco

**NEGACIÓN PARA PROCEDIMIENTO DE TRATAMIENTO DE CONDUCTOS**

Por medio de la presente, de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, **NIEGO** que me sea(n) practicada(s), en mi familiar o en mí representado procedimientos de apicectomía. Consciente de que he sido informado(a) de las consecuencias que resulten de esta negativa, incluyendo poner en peligro la vida.

\_\_\_\_\_  
Nombres (s) y apellidos del paciente, familiar  
más cercano en vínculo, tutor o representante  
legal.

\_\_\_\_\_  
Firma o huella digital

Ciudad de México a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Asimismo, con este mismo acto de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, designo como mis testigos a:

Testigo

Testigo

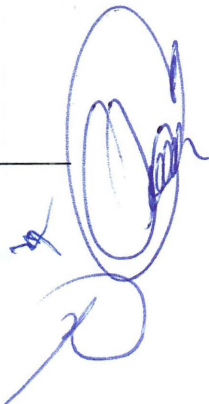
\_\_\_\_\_  
Nombre completo, firma y parentesco

\_\_\_\_\_  
Nombre completo, firma y parentesco

**DATOS DE QUIEN RECABA EL CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS DE APICECTOMÍA**

\_\_\_\_\_  
Nombre completo y firma del/la médico(a) tratante

\_\_\_\_\_  
N°. de cédula profesional





**INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA  
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
DIRECCIÓN MÉDICA  
COORDINACIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA Y CONSULTA EXTERNA  
SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA**



Ciudad de México a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_\_.

**REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS DE  
APICECTOMÍA**

Por medio de la presente, **REVOCO** el consentimiento informado para continuar con el procedimiento de apicectomía otorgado en fecha \_\_\_\_\_, y es mi deseo **NO PROSEGUIR CON EL PROCEDIMIENTO DE APICECTOMÍA** que se indicó en mí o en mi representado(a) \_\_\_\_\_, a partir de la fecha \_\_\_\_\_, hora \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_, deslindando de toda responsabilidad al personal del Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", toda vez que he entendido los alcances que conlleva esta revocación. Conozco los riesgos de no llevarla a cabo, pues se me han explicado las consecuencias de ello en términos que comprendo y aun así decido **NO** proseguir con procedimiento.

**DATOS DE QUIEN REVOCA EL CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS DE  
APICECTOMÍA**

|   |                               |
|---|-------------------------------|
| <b>Nombre(s) y apellidos del paciente, familiar, tutor o representante Legal.</b> | <b>Firma o huella digital</b> |
|---|-------------------------------|

**Número de expediente:** \_\_\_\_\_

Asimismo, con este mismo acto de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, designo como mis testigos a los:

|  |  |
|--|--|
| <b>Testigo</b>                             | <b>Testigo</b>                             |
| <b>Nombre completo, firma y parentesco</b> | <b>Nombre completo, firma y parentesco</b> |

**DATOS DE QUIEN RECABA REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO AUTORIZADO  
PARA PROCEDIMEINTOS DE APICECTOMÍA**

|  |                                 |
|--|---------------------------------|
| <b>Nombre completo y firma del/la médico(a) tratante</b> | <b>N° de cédula profesional</b> |
|--|---------------------------------|

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO DE EXTRACCIÓN DE DIENTES NEONATALES

La extracción de dientes neo natales es un procedimiento que se realiza de manera rutinaria para remover dientes que erupcionan al nacer o en las primeras semanas de vida y que además presentan movilidad extrema con riesgo a que se avulsionan y el bebé pudiera bronco aspirarlos. Consiste en retirar los dientes con ayuda de instrumentos especiales.

Durante el procedimiento usted recibirá atención por odontólogos y otros profesionales de la salud, que se encuentran cursando algún programa de servicio social, siempre bajo la supervisión de médicos adscritos.

**Beneficios:** La extracción de dientes neo natales permite:

- Eliminar el riesgo de avulsión espontánea y por tanto broncoaspiración
- Mejorar el complejo de succión-deglución y facilitar la lactancia en caso de que se diagnosticara que éstos interfieren con la misma

**Riesgos:** La extracción de dientes neo natales es un procedimiento seguro, sin embargo, no está libre de riesgos, por lo que se pueden presentar complicaciones leves a graves, como son:

- Puede producirse una hemorragia de moderada a severa durante el procedimiento o durante el post operatoria.
- Daños a vasos sanguíneos (venas o arterias), daño a nervios, que requerirán tratarse posteriormente.
- Se podría producir un moretón en la zona.

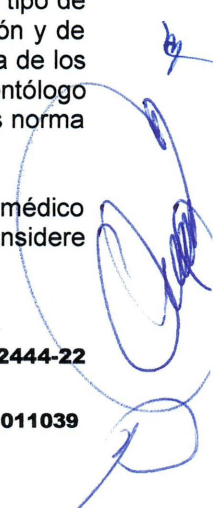
De presentarse cualquier complicación, el Instituto cuenta con personal capacitado para asistirlo de forma inmediata y realizar lo necesario para tratar los síntomas que pudieran existir siempre bajo los lineamientos éticos y científicos de la práctica médica, atendiendo al principio de la libertad prescriptiva, lo que significa que le otorga a los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud facultad en su actuar en aras de obtener y encaminarse en todo momento al beneficio del paciente, tomando en consideración las circunstancias del caso concreto, de acuerdo a la NOM-013-SSA2-2015, para la prevención y control de enfermedades bucales.

### ACEPTACIÓN PARA EL PROCEDIMIENTO DE EXTRACCIÓN DE DIENTES NEONATALES

Manifiesto que me ha sido brindada información detallada, se me ha explicado en palabras comprensibles para mí, de la seguridad, riesgos y beneficios del procedimiento; de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, además de que he leído el consentimiento informado, lo he comprendido, firmo de aceptación y de conformidad, por lo que **AUTORIZO** al personal del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes para que se me realice el procedimiento de extracción de dientes neo natales que el médico odontólogo considere necesarias, durante mi atención o en mi representado en el Instituto, con fundamento en las normas legales, médicas y éticas vigentes.

El paciente manifiesta que el médico le explicó suficientemente, que en caso de aceptar el acto médico propuesto, cuenta con la absoluta libertad de revocar este consentimiento en el momento que así lo considere pertinente, reiterando así su absoluto respeto a la libre toma de decisión.

2444-22



**DATOS DE QUIEN ACEPTA EL CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO DE EXTRACCIÓN DE DIENTES NEO NATALES**

\_\_\_\_\_  
Nombre (s) y apellidos del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre(s) y apellidos del paciente,  
familiar, tutor o representante Legal

\_\_\_\_\_  
Firma o Huella digital

Ciudad de México a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Asimismo, con este mismo acto de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, designo como mis testigos:

Testigo

Testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre(s) y apellidos, firma y parentesco

\_\_\_\_\_  
Nombre(s) completo, firma y parentesco

**NEGACIÓN PARA PROCEDIMIENTO DE EXTRACCIÓN DE DIENTES NEONATALES**

Por medio de la presente, de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, **NIEGO** que me sea(n) practicada(s), en mi familiar o en mí representado el procedimiento de extracción de dientes neo natales. Consciente de que he sido informado(a) de las consecuencias que resulten de esta negativa, incluyendo poner en peligro la vida.

\_\_\_\_\_  
Nombres (s) y apellidos del paciente, familiar más cercano en vínculo, tutor o representante legal.

\_\_\_\_\_  
Firma o huella digital

Ciudad de México a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Asimismo, con este mismo acto de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, designo como mis testigos a:

Testigo

Testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre completo, firma y parentesco

\_\_\_\_\_  
Nombre completo, firma y parentesco

**DATOS DE QUIEN RECABA EL CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO DE EXTRACCIÓN DE DIENTES NEO NATALES**

\_\_\_\_\_  
Nombre completo y firma del/la médico(a) tratante

\_\_\_\_\_  
N°. de cédula profesional

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO DE EXTRACCIÓN DE DIENTES NEONATALES**

La extracción de dientes neo natales es un procedimiento que se realiza de manera rutinaria para remover dientes que erupcionan al nacer o en las primeras semanas de vida y que además presentan movilidad extrema con riesgo a que se avulsionan y el bebé pudiera bronco aspirarlos. Consiste en retirar los dientes con ayuda de instrumentos especiales.

Durante el procedimiento usted recibirá atención por odontólogos y otros profesionales de la salud, que se encuentran cursando algún programa de servicio social, siempre bajo la supervisión de médicos adscritos.

**Beneficios:** La extracción de dientes neo natales permite:

- Eliminar el riesgo de avulsión espontánea y por tanto broncoaspiración
- Mejorar el complejo de succión-deglución y facilitar la lactancia en caso de que se diagnosticara que éstos interfieren con la misma

**Riesgos:** La extracción de dientes neo natales es un procedimiento seguro, sin embargo, no está libre de riesgos, por lo que se pueden presentar complicaciones leves a graves, como son:

- Puede producirse una hemorragia de moderada a severa durante el procedimiento o durante el post operatoria.
- Daños a vasos sanguíneos (venas o arterias), daño a nervios, que requerirán tratarse posteriormente.
- Se podría producir un moretón en la zona.

De presentarse cualquier complicación, el Instituto cuenta con personal capacitado para asistirlo de forma inmediata y realizar lo necesario para tratar los síntomas que pudieran existir siempre bajo los lineamientos éticos y científicos de la práctica médica, atendiendo al principio de la libertad prescriptiva, lo que significa que le otorga a los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud facultad en su actuar en aras de obtener y encaminarse en todo momento al beneficio del paciente, tomando en consideración las circunstancias del caso concreto, de acuerdo a la NOM-013-SSA2-2015, para la prevención y control de enfermedades bucales.

### **ACEPTACIÓN PARA EL PROCEDIMIENTO DE EXTRACCIÓN DE DIENTES NEONATALES**

Manifiesto que me ha sido brindada información detallada, se me ha explicado en palabras comprensibles para mí, de la seguridad, riesgos y beneficios del procedimiento; de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, además de que he leído el consentimiento informado, lo he comprendido, firmo de aceptación y de conformidad, por lo que **AUTORIZO** al personal del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes para que se me realice el procedimiento de extracción de dientes neo natales que el médico odontólogo considere necesarias, durante mi atención o en mi representado en el Instituto, con fundamento en las normas legales, médicas y éticas vigentes.

El paciente manifiesta que el médico le explicó suficientemente, que en caso de aceptar el acto médico propuesto, cuenta con la absoluta libertad de revocar este consentimiento en el momento que así lo considere pertinente, reiterando así su absoluto respeto a la libre toma de decisión.

2444-22

**DATOS DE QUIEN ACEPTA EL CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO DE EXTRACCIÓN DE DIENTES NEONATALES**

\_\_\_\_\_  
Nombre (s) y apellidos del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre(s) y apellidos del paciente, familiar, tutor o representante Legal

\_\_\_\_\_  
Firma o Huella digital

Ciudad de México a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Asimismo, con este mismo acto de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, designo como mis testigos:

Testigo

Testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre(s) y apellidos, firma y parentesco

\_\_\_\_\_  
Nombre(s) completo, firma y parentesco

**NEGACIÓN PARA PROCEDIMIENTO DE EXTRACCIÓN DE DIENTES NEONATALES**

Por medio de la presente, de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, **NIEGO** que me sea(n) practicada(s), en mí familiar o en mí representado el procedimiento de extracción de dientes neo natales. Consciente de que he sido informado(a) de las consecuencias que resulten de esta negativa, incluyendo poner en peligro la vida.

\_\_\_\_\_  
Nombres (s) y apellidos del paciente, familiar más cercano en vínculo, tutor o representante legal.

\_\_\_\_\_  
Firma o huella digital

Ciudad de México a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Asimismo, con este mismo acto de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, designo como mis testigos a:

Testigo

Testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre completo, firma y parentesco

\_\_\_\_\_  
Nombre completo, firma y parentesco

**DATOS DE QUIEN RECABA EL CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO DE EXTRACCIÓN DE DIENTES NEONATALES**

\_\_\_\_\_  
Nombre completo y firma del/la médico(a) tratante

\_\_\_\_\_  
Nº. de cédula profesional





Ciudad de México a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_\_.

**REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO DE EXTRACCIÓN DE DIENTES NEONATALES**

Por medio de la presente, **REVOCO** el consentimiento informado para continuar con el procedimiento de extracción de dientes neo natales otorgado en fecha \_\_\_\_\_, y es mi deseo **NO PROSEGUIR CON EL PROCEDIMIENTO DE EXTRACCIÓN DE DIENTES NEONATALES** que se indicó en mí o en mi representado(a) \_\_\_\_\_, a partir de la fecha \_\_\_\_\_, hora \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_, deslindando de toda responsabilidad al personal del Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", toda vez que he entendido los alcances que conlleva esta revocación. Conozco los riesgos de no llevarla a cabo, pues se me han explicado las consecuencias de ello en términos que comprendo y aun así decido **NO** proseguir con procedimiento.

**DATOS DE QUIEN REVOCA EL CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO DE EXTRACCIÓN DE DIENTES NEONATALES**

\_\_\_\_\_  
**Nombre(s) y apellidos del paciente, familiar, tutor o representante Legal.**

\_\_\_\_\_  
**Firma o huella digital**

**Número de expediente:** \_\_\_\_\_

Asimismo, con este mismo acto de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, designo como mis testigos a los:

**Testigo**

**Testigo**


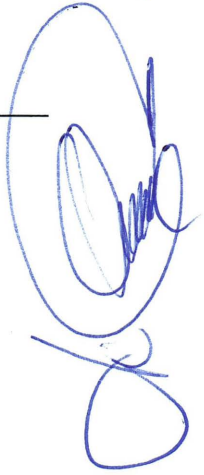
\_\_\_\_\_  
**Nombre completo, firma y parentesco**

\_\_\_\_\_  
**Nombre completo, firma y parentesco**

**DATOS DE QUIEN RECABA REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO AUTORIZADO PARA PROCEDIMIENTO DE EXTRACCIÓN DE DIENTES NEONATALES**

\_\_\_\_\_  
**Nombre completo y firma del/la médico(a) tratante**

\_\_\_\_\_  
**N° de cédula profesional**

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO DE FRENOTOMÍA

Las frenotomía es un procedimiento que se realiza de manera rutinaria para liberar una inserción de frenillo lingual corta y así permitir la movilidad normal de la lengua y facilitar el proceso de la lactancia. Consiste en realizar un corte a nivel del frenillo lingual.

Durante el procedimiento usted recibirá atención por odontólogos y otros profesionales de la salud, que se encuentran cursando algún programa de servicio social, siempre bajo la supervisión de médicos adscritos.

**Beneficios:** La frenotomía permite:

- Corregir una inserción de frenillo lingual corta ( anquiloglosia)
- Mejorar el complejo de succión-deglución y facilitar la lactancia

**Riesgos:** La frenotomía es un procedimiento seguro, sin embargo, no está libre de riesgos, por lo que se pueden presentar complicaciones leves a graves, como son:

- Puede producirse una hemorragia de moderada a severa durante el procedimiento o durante el post operatoria.
- Daños a vasos sanguíneos (venas o arterias), daño a nervios, que requerirán tratarse posteriormente.
- Se podría producir un moretón en la zona.


De presentarse cualquier complicación, el Instituto cuenta con personal capacitado para asistirlo de forma inmediata y realizar lo necesario para tratar los síntomas que pudieran existir siempre bajo los lineamientos éticos y científicos de la práctica médica, atendiendo al principio de la libertad prescriptiva, lo que significa que le otorga a los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud facultad en su actuar en aras de obtener y encaminarse en todo momento al beneficio del paciente, tomando en consideración las circunstancias del caso concreto, de acuerdo a la NOM-013-SSA2-2015, para la prevención y control de enfermedades bucales.

## ACEPTACIÓN PARA EL PROCEDIMIENTO DE FRENOTOMÍA

Manifiesto que me ha sido brindada información detallada, se me ha explicado en palabras comprensibles para mí, de la seguridad, riesgos y beneficios del procedimiento; de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, además de que he leído el consentimiento informado, lo he comprendido, firmo de aceptación y de conformidad, por lo que **AUTORIZO** al personal del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes para que se me realice el procedimiento de frenotomía que el médico odontólogo considere necesarias, durante mi atención o en mi representado en el Instituto, con fundamento en las norma legales, médicas y éticas vigentes.

El paciente manifiesta que el médico le explicó suficientemente, que en caso de aceptar el acto médico propuesto, cuenta con la absoluta libertad de revocar este consentimiento en el momento que así lo considere pertinente, reiterando así su absoluto respeto a la libre toma de decisión.

2444-23



**DATOS DE QUIEN ACEPTA EL CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO DE FRENOTOMÍA**

\_\_\_\_\_  
Nombre (s) y apellidos del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre(s) y apellidos del paciente,  
familiar, tutor o representante Legal

\_\_\_\_\_  
Firma o Huella digital

Ciudad de México a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Asimismo, con este mismo acto de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, designo como mis testigos:

Testigo

Testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre(s) y apellidos, firma y parentesco

\_\_\_\_\_  
Nombre(s) completo, firma y parentesco

**NEGACIÓN PARA PROCEDIMIENTO DE FRENOTOMÍA**

Por medio de la presente, de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, **NIEGO** que me sea(n) practicada(s), en mi familiar o en mí representado el procedimiento de frenotomía de cavidad bucal. Consciente de que he sido informado(a) de las consecuencias que resulten de esta negativa, incluyendo poner en peligro la vida.

\_\_\_\_\_  
Nombres (s) y apellidos del paciente, familiar  
más cercano en vínculo, tutor o representante  
legal.

\_\_\_\_\_  
Firma o huella digital

Ciudad de México a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Asimismo, con este mismo acto de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, designo como mis testigos a:

Testigo

Testigo

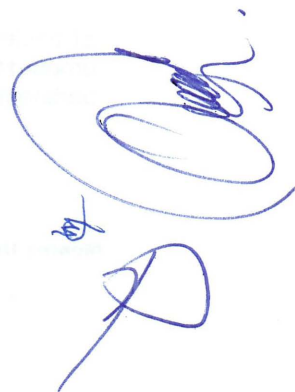
\_\_\_\_\_  
Nombre completo, firma y parentesco

\_\_\_\_\_  
Nombre completo, firma y parentesco

**DATOS DE QUIEN RECABA EL CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO DE FRENOTOMÍA**

\_\_\_\_\_  
Nombre completo y firma del/la médico(a) tratante

\_\_\_\_\_  
N°. de cédula profesional





Ciudad de México a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_.

**REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO DE FRENOTOMÍA**

Por medio de la presente, **REVOCO** el consentimiento informado para continuar con el procedimiento de frenotomía de cavidad bucal otorgado en fecha \_\_\_\_\_, y es mi deseo **NO PROSEGUIR CON EL PROCEDIMIENTO DE FRENOTOMÍA** que se indicó en mí o en mi representado(a) \_\_\_\_\_, a partir de la fecha \_\_\_\_\_, hora \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_, deslindando de toda responsabilidad al personal del Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", toda vez que he entendido los alcances que conlleva esta revocación. Conozco los riesgos de no llevarla a cabo, pues se me han explicado las consecuencias de ello en términos que comprendo y aun así decido **NO** proseguir con procedimiento.

**DATOS DE QUIEN REVOCA EL CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO DE FRENOTOMÍA**

\_\_\_\_\_  
**Nombre(s) y apellidos del paciente, familiar, tutor o representante Legal.**

\_\_\_\_\_  
**Firma o huella digital**

**Número de expediente:** \_\_\_\_\_

Asimismo, con este mismo acto de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, designo como mis testigos a los:

**Testigo**

**Testigo**

\_\_\_\_\_  
**Nombre completo, firma y parentesco**

\_\_\_\_\_  
**Nombre completo, firma y parentesco**

**DATOS DE QUIEN RECABA REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO AUTORIZADO PARA PROCEDIMIENTO DE FRENOTOMÍA**

\_\_\_\_\_  
**Nombre completo y firma del/la médico(a) tratante**

\_\_\_\_\_  
**N° de cédula profesional**

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO DE EXTRACCIONES DENTALES

Las extracciones dentales son un procedimiento que se realiza de manera rutinaria en la clínica dental. Consiste en remover un órgano dental por diversas razones, como puede ser destrucción por caries, pérdida del soporte de hueso o mal posición.

Durante el procedimiento usted recibirá atención por odontólogos y otros profesionales de la salud, que se encuentran cursando algún programa de servicio social, siempre bajo la supervisión de médicos adscritos.

**Beneficios:** La extracción dental permite:

- Eliminar un órgano dental que está produciendo o puede llegar a producir una infección que podría diseminarse.
- Eliminar un órgano dental que tiene una mal posición y por tanto una inadecuada función.

**Riesgos:** La extracción dental es un procedimiento seguro, sin embargo, no está libre de riesgos, por lo que se pueden presentar complicaciones leves a graves, como son:

- Puede producirse una hemorragia de moderada a severa.
- Puede provocarse una fractura de la mandíbula
- Daños a vasos sanguíneos (venas o arterias), daño a nervios, que requerirán tratarse posteriormente.
- Se podría producir un moretón en la zona cercana a la extracción.

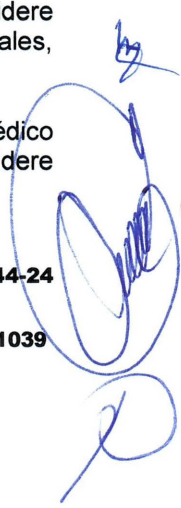
De presentarse cualquier complicación, el Instituto cuenta con personal capacitado para asistirlo de forma inmediata y realizar lo necesario para tratar los síntomas que pudieran existir siempre bajo los lineamientos éticos y científicos de la práctica médica, atendiendo al principio de la libertad prescriptiva, lo que significa que le otorga a los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud facultad en su actuar en aras de obtener y encaminarse en todo momento al beneficio del paciente, tomando en consideración las circunstancias del caso concreto, de acuerdo a la NOM-013-SSA2-2015, para la prevención y control de enfermedades bucales.

## ACEPTACIÓN PARA EL PROCEDIMIENTO DE EXTRACCIONES DENTALES

Manifiesto que me ha sido brindada información detallada, se me ha explicado en palabras comprensibles para mí, de la seguridad, riesgos y beneficios del procedimiento; de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, además de que he leído el consentimiento informado, lo he comprendido, firmo de aceptación y de conformidad, por lo que **AUTORIZO** al personal del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes para que se me realice el procedimiento de extracciones dentales que el médico odontólogo considere necesarias, durante mi atención o en mi representado en el Instituto, con fundamento en las norma legales, médicas y éticas vigentes.

El paciente manifiesta que el médico le explicó suficientemente, que en caso de aceptar el acto médico propuesto, cuenta con la absoluta libertad de revocar este consentimiento en el momento que así lo considere pertinente, reiterando así su absoluto respeto a la libre toma de decisión.

2444-24



**DATOS DE QUIEN ACEPTA EL CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO DE EXTRACCIONES DENTALES**

\_\_\_\_\_  
Nombre (s) y apellidos del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre(s) y apellidos del paciente,  
familiar, tutor o representante Legal

\_\_\_\_\_  
Firma o Huella digital

Ciudad de México a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Asimismo, con este mismo acto de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, designo como mis testigos:

Testigo

Testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre(s) y apellidos, firma y parentesco

\_\_\_\_\_  
Nombre(s) completo, firma y parentesco

**NEGACIÓN PARA PROCEDIMIENTO DE EXTRACCIONES DENTALES**

Por medio de la presente, de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, **NIEGO** que me sea(n) practicada(s), en mi familiar o en mí representado el procedimiento de extracciones dentales. Consciente de que he sido informado(a) de las consecuencias que resulten de esta negativa, incluyendo poner en peligro la vida.

\_\_\_\_\_  
Nombres (s) y apellidos del paciente, familiar más cercano en vínculo, tutor o representante legal.

\_\_\_\_\_  
Firma o huella digital

Ciudad de México a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Asimismo, con este mismo acto de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, designo como mis testigos a:

Testigo

Testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre completo, firma y parentesco

\_\_\_\_\_  
Nombre completo, firma y parentesco

**DATOS DE QUIEN RECABA EL CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO DE EXTRACCIONES DENTALES**

\_\_\_\_\_  
Nombre completo y firma del/la médico(a) tratante

\_\_\_\_\_  
N°. de cédula profesional





Ciudad de México a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_.

**REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO DE EXTRACCIONES DENTALES**

Por medio de la presente, **REVOCO** el consentimiento informado para continuar con el procedimiento de extracciones dentales otorgado en fecha \_\_\_\_\_, y es mi deseo **NO PROSEGUIR CON EL PROCEDIMIENTO DE EXTRACCIONES DENTALES** que se indicó en mí o en mi representado(a) \_\_\_\_\_, a partir de la fecha \_\_\_\_\_, hora \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_, deslindando de toda responsabilidad al personal del Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", toda vez que he entendido los alcances que conlleva esta revocación. Conozco los riesgos de no llevarla a cabo, pues se me han explicado las consecuencias de ello en términos que comprendo y aun así decido **NO** proseguir con procedimiento.

**DATOS DE QUIEN REVOCA EL CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO DE EXTRACCIONES DENTALES**

\_\_\_\_\_  
 Nombre(s) y apellidos del paciente, familiar, tutor o representante Legal.

\_\_\_\_\_  
 Firma o huella digital

Número de expediente: \_\_\_\_\_

Asimismo, con este mismo acto de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, designo como mis testigos a los:

Testigo

Testigo

\_\_\_\_\_  
 Nombre completo, firma y parentesco

\_\_\_\_\_  
 Nombre completo, firma y parentesco

**DATOS DE QUIEN RECABA REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO AUTORIZADO PARA PROCEDIMIENTO DE EXTRACCIONES DENTALES**

\_\_\_\_\_  
 Nombre completo y firma del/la médico(a) tratante

\_\_\_\_\_  
 N° de cédula profesional

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO DE OPERATORIA DENTAL**

La operatoria dental es una técnica imprescindible que se utiliza a diario para remover lesiones cariosas y evitar así que sigan avanzando en el proceso de destrucción del diente. Una vez removida la caries, se rellena el espacio remanente con un material dental llamado resina, el cual permite reproducir la forma del diente para así recuperar su función.

Durante el procedimiento usted recibirá atención por odontólogos y otros profesionales de la salud, que se encuentran cursando algún programa de servicio social, siempre bajo la supervisión de odontólogos adscritos.

**Beneficios:** La operatoria dental, permite:

- Eliminar tejido dental enfermo
- Detener el proceso de destrucción del diente.
- Devolver la función adecuada del diente mediante la colocación de una resina.

**Riesgos:** La operatoria dental es un procedimiento seguro, sin embargo, no está libre de riesgos, por lo que se pueden presentar complicaciones leves, como son:

- Puede presentar sensibilidad al frío o calor, o molestias a la masticación y en caso de presentar alguna de estas condiciones deberá regresar al servicio para corrección de las mismas.
- Durante el procedimiento de preparación de la cavidad se puede llegar a comunicar con el nervio del diente, y en dicho caso, necesitaré tratamiento de conductos y la colocación de una restauración indirecta. Las restauraciones indirectas no se realizan en el Instituto por lo que necesitaré acudir a otro lugar para llevarla a cabo.

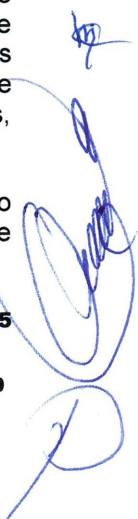
De presentarse cualquier complicación, el Instituto cuenta con personal capacitado para asistirlo de forma inmediata y realizar lo necesario para tratar los síntomas que pudieran existir siempre bajo los lineamientos éticos y científicos de la práctica médica, atendiendo al principio de la libertad prescriptiva, lo que significa que le otorga a los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud facultad en su actuar en aras de obtener y encaminarse en todo momento al beneficio del paciente, tomando en consideración las circunstancias del caso concreto, de acuerdo a la NOM-013-SSA2-2015, para la prevención y control de enfermedades bucales.

## **ACEPTACIÓN PARA PROCEDIMIENTOS DE OPERATORIA DENTAL**

Manifiesto que me ha sido brindada información detallada, se me ha explicado en palabras comprensibles para mí, de la seguridad, riesgos y beneficios del procedimiento; de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, además de que he leído el consentimiento informado, lo he comprendido, firmo de aceptación y de conformidad, por lo que **AUTORIZO** al personal del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes para que se me realicen procedimientos de operatoria dental que el médico odontólogo considere necesarios, durante mi atención o en mi representado en el Instituto, con fundamento en las norma legales, médicas y éticas vigentes.

El paciente manifiesta que el médico le explicó suficientemente, que en caso de aceptar el acto médico propuesto, cuenta con la absoluta libertad de revocar este consentimiento en el momento que así lo considere pertinente, reiterando así su absoluto respeto a la libre toma de decisión.

2444-25



**DATOS DE QUIEN ACEPTA EL CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO DE OPERATORIA DENTAL**

\_\_\_\_\_  
Nombre (s) y apellidos del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre(s) y apellidos del paciente,  
familiar, tutor o representante Legal

\_\_\_\_\_  
Firma o Huella digital

Ciudad de México a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Asimismo, con este mismo acto de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, designo como mis testigos:

Testigo

Testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre(s) y apellidos, firma y parentesco

\_\_\_\_\_  
Nombre(s) completo, firma y parentesco

**NEGACIÓN PARA PROCEDIMIENTO DE OPERATORIA DENTAL**

Por medio de la presente, de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, **NIEGO** que me sea(n) practicada(s), en mi familiar o en mí representado procedimientos de operatoria dental. Consciente de que he sido informado(a) de las consecuencias que resulten de esta negativa, incluyendo poner en peligro la vida.

\_\_\_\_\_  
Nombres (s) y apellidos del paciente, familiar  
más cercano en vínculo, tutor o representante  
legal.

\_\_\_\_\_  
Firma o huella digital

Ciudad de México a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Asimismo, con este mismo acto de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, designo como mis testigos a:

Testigo

Testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre completo, firma y parentesco

\_\_\_\_\_  
Nombre completo, firma y parentesco

**DATOS DE QUIEN RECABA EL CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS DE OPERATORIA DENTAL**

\_\_\_\_\_  
Nombre completo y firma del/la médico(a) tratante

\_\_\_\_\_  
N°. de cédula profesional



Ciudad de México a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_.

**REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS DE OPERATORIA DENTAL**

Por medio de la presente, **REVOCO** el consentimiento informado para continuar con el procedimiento de operatoria dental otorgado en fecha \_\_\_\_\_, y es mi deseo **NO PROSEGUIR CON EL PROCEDIMIENTO DE OPERATORIA DENTAL** que se indicó en mí o en mí representado(a) \_\_\_\_\_, a partir de la fecha \_\_\_\_\_, hora \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_, deslindando de toda responsabilidad al personal del Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", toda vez que he entendido los alcances que conlleva esta revocación. Conozco los riesgos de no llevarla a cabo, pues se me han explicado las consecuencias de ello en términos que comprendo y aun así decido **NO** proseguir con procedimiento.

**DATOS DE QUIEN REVOCA EL CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS DE OPERATORIA DENTAL**

\_\_\_\_\_  
**Nombre(s) y apellidos del paciente, familiar, tutor o representante Legal.**

\_\_\_\_\_  
**Firma o huella digital**

**Número de expediente:** \_\_\_\_\_

Asimismo, con este mismo acto de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión, designo como mis testigos a los:

**Testigo**

**Testigo**

\_\_\_\_\_  
**Nombre completo, firma y parentesco**

\_\_\_\_\_  
**Nombre completo, firma y parentesco**

**DATOS DE QUIEN RECABA REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO AUTORIZADO PARA PROCEDIMEINTOS DE OPERATORIA DENTAL**

\_\_\_\_\_  
**Nombre completo y firma del/la médico(a) tratante**

\_\_\_\_\_  
**N° de cédula profesional**