



**unl**

Universidad  
Nacional  
de Loja

# Universidad Nacional de Loja

## Facultad de Salud Humana

### Carrera de Odontología

**Aplicación de la escala de Frankl durante la atención odontológica a los niños menores de 5 años de edad de la parroquia Manú, cantón Saraguro, durante el periodo 2022-2023**

Trabajo de integración curricular previo a la obtención del título de odontóloga

**AUTORA:**

Sara Mishel Armijos Pineda

**DIRECTORA:**

Odont. Esp. Diana Gahona

**LOJA – ECUADOR**

**2023**

## Certificación



UNL

Universidad  
Nacional  
de Loja

Facultad  
de la Salud  
Humana

### CERTIFICACIÓN

Loja, 31 de marzo de 2023

DE: Od. Esp. Diana Ivanova Gahona Carrión

**DIRECTOR/A DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR**

PARA: Od. Esp. Susana Patricia González Eras

**DIRECTOR/A DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**ASUNTO: CERTIFICADO DE CULMINACIÓN Y APROBACIÓN DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR**

#### CERTIFICO:

Que una vez asesorada, monitoreada con pertinencia y rigurosidad científica la ejecución del trabajo de integración curricular del tema: **"Aplicación de la escala de Frankl durante la atención odontológica a los niños menores de 5 años de edad de la parroquia Manú, cantón Saraguro, durante el periodo 2022-2023"** de la autoría de **Sara Mishel Armijos Pineda**, el mismo cumple con las disposiciones institucionales, metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica; consecuentemente, dicho trabajo de integración curricular se encuentra **culminado y aprobado**, por lo que autorizo continuar con el proceso de titulación.

.....  
Od. Esp. Diana Ivanova Gahona Carrión

**FIRMA**

## **Autoría**

Yo, **Sara Mishel Armijos Pineda**, declaro ser autora del presente Trabajo de Integración Curricular y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos, de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido del mismo. Adicionalmente, acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi Trabajo de Integración Curricular, en el Repositorio digital Institucional – Biblioteca Virtual.

### **Firma**

**Cédula:** 1150060737

**Fecha:** 14 de julio de 2023

**Correo:** sara.armijos@unl.edu.ec

**Teléfono:** 0986503161

## **Carta de Autorización**

Carta de autorización por parte de la autora, para consulta, reproducción parcial o total y/o publicación electrónica del texto completo, del Trabajo de Integración Curricular.

Yo, **Sara Mishel Armijos Pineda**, declaro ser autora del Trabajo de Integración Curricular denominado: **Aplicación de la escala de Frankl durante la atención odontológica a los niños menores de 5 años de edad de la parroquia Manú, cantón Saraguro, durante el periodo 2022-2023**, como requisito para optar por el título de **Odontóloga**, autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos, muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido en el Repositorio Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Institucional, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del Trabajo de Integración Curricular que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los catorce días del mes de Julio del dos mil veintitrés.

### **Firma**

**Autora:** Sara Mishel Armijos Pineda

**Cédula de identidad:** 1150060737

**Dirección:** Loja (Barrio Motupe, Av. Chuquiribamba)

**Correo electrónico:** sara.armijos@unl.edu.ec

**Teléfono:** 0986503161

### **DATOS COMPLEMENTARIOS**

**Director de Trabajo de Integración Curricular:** Odt. Esp. Diana Gahona

## **Dedicatoria**

Dedico este trabajo de integración curricular primeramente a Dios, quien ha permitido que esto sea posible, regalándome fortaleza y sabiduría para lograr llegar hasta este momento.

A mis papas Ángel y Sara quienes han sido mi fortaleza en cada momento de mi vida que con amor me han dado siempre su mano para saber que nunca estoy ni estaré sola, me han acompañado en las alegrías y tristezas de este largo camino universitario y sobretodo nunca han dejado de creer en mi aun cuando yo misma lo he hecho, detrás de cada triunfo están ustedes mi más grande amor.

A mis hermanos Angélica, José, Sofía y Fernanda por ser siempre mi compañía y apoyo incondicional. Y a todas las personas que de una u otra forma han estado presentes en el transcurso de mi carrera.

*Sara Mishel Armijos Pineda*

## **Agradecimiento**

Agradezco a mis papas Ángel y Sara porque sin ellos nada de esto fuera posible, detrás de cada material, cada libro y toda mi carrera se encuentra reflejado su gran amor y sacrificio, gracias por ser incondicionales en este proceso y nunca dejar de creer en que yo si podía, gracias por recordármelo cuando yo lo olvidaba, gracias por ser mi motor y nunca dejarme decaer, por sus palabras de aliento y su paciencia, detrás de cada éxito están ustedes.

Agradezco a mi directora de trabajo de integración curricular Odt. Esp. Diana Gahona, por su dirección y guía, por permitirme ser partícipe del macroproyecto el cual dirige titulado “Atención Odontológica integral de mínima intervención en Grupos vulnerables niños menores de 5 años, Mujeres embarazadas de la Parroquia Manú del Cantón Saraguro, Provincia de Loja”.

*Sara Mishel Armijos Pineda*

## Índice de contenidos

Portada .....	I
Certificación.....	II
Autoría .....	III
Carta de Autorización.....	IV
Dedicatoria.....	V
Agradecimiento.....	VI
Índice de contenidos .....	VII
Índice de tablas .....	X
Índice de gráficos.....	XI
Índice de anexos.....	XII
1. Título.....	1
2. Resumen.....	2
2.1 abstract .....	3
3. Introducción .....	4
4. Marco teórico .....	6
4.1 Concepto de Comportamiento, Miedo y Ansiedad Dental .....	6
4.1.1 Enfoques Sobre el Miedo.....	7
4.1.2 Tipos de ansiedad.....	8
4.1.3 Síntomas de la ansiedad.....	9
4.1.4 Causas de la ansiedad.....	10
4.1.5 Consecuencias y complicaciones.....	11
4.2 Comportamiento humano.....	11

4.3	Comportamiento durante la atención odontológica con paciente pediátricos .....	12
4.4	Características del infante de acuerdo a su edad.....	12
4.5	Factores que influyen en la aparición del miedo a la atención odontológica .....	13
4.6	Ambiente odontológico.....	14
4.7.1	Tipos de actitudes de los padres.....	15
4.7.2	Factores que afectan las actitudes paternas.....	16
4.8	Tipos de niños.....	16
4.8.1	Niños colaboradores.....	16
4.8.2	Niños potencialmente colaboradores.....	17
4.8.3	Niño no colaborador.....	17
4.9	Técnicas de distracción.....	17
4.9.1	Técnicas no farmacológicas para el manejo del comportamiento .....	17
4.9.2	Medidas farmacológicas para el control del paciente .....	21
4.10	Escalas para valorar la ansiedad .....	21
4.10.1	Escala de Frankl.....	21
4.10.2	Escala de Ansiedad Dental de Corah Modificada.....	22
4.10.3	Test de Venham .....	24
5.	Metodología .....	25
5.1	Diseño de estudio.....	25
5.1.1	Cuantitativo.....	25
5.1.2	Transversal.....	26
5.2	Universo y muestra .....	26
5.2.1	Universo.....	26



5.2.2	Muestra .....	26
5.3	Criterios de selección .....	27
5.3.1	Criterios de inclusión .....	27
5.3.2	Criterios de exclusión .....	27
5.4	Técnica e instrumentos de recopilación de información.....	27
5.4.1	Estudio bibliográfico.....	27
5.4.2	Procedimiento .....	27
5.4.3	Trabajo de campo.....	28
5.4.4	Procesamiento de Resultados.....	28
6.	Resultados .....	29
7.	Discusión.....	35
8.	Conclusiones .....	37
9.	Recomendaciones .....	38
10.	Bibliografía .....	39
11.	Anexos .....	44

## Índice de tablas

Tabla 1. Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia.....	9
Tabla 2. Comparación edad-sexo.....	26
Tabla 3. Frecuencia del tipo de comportamiento según la escala de Frankl.....	29
Tabla 4. Relación de los tipos de comportamiento según la escala de Frankl con respecto a la edad .....	31
Tabla 5. Técnica de manejo de conducta para cada tipo de comportamiento según la escala de Frankl .....	33
Tabla 6. Prueba no paramétrica de Rho de Spearman, relación entre la edad y el comportamiento según la escala de Frankl .....	34

## **Índice de gráficos**

Gráfico 1. Mapa de asentamientos humanos en la parroquia Manú .....	25
Gráfico 2. Frecuencia del tipo de comportamiento según la escala de Frankl .....	30
Gráfico 3. Relación de los tipos de comportamiento según la escala de Frankl con respecto a la edad.....	32

## **Índice de anexos**

Anexos A. Objetivos.....	44
Anexos B. Certificado de pertinencia del trabajo de integración curricular.....	45
Anexos C. Historia Clínica de Odontología de Odontopediatría y Consentimiento Informado ..	46
Anexos D. Fotografías de la atención en la parroquia Manú.....	51
Anexos E. Ficha de recolección de datos.....	53
Anexos F. Consentimientos informados.....	57
Anexos G. Certificado de traducción.....	97

## **1. Título**

**Aplicación de la escala de Frankl durante la atención odontológica a los niños  
menores de 5 años de edad de la parroquia Manú, cantón Saraguro, durante el periodo  
2022-2023**

## 2. Resumen

El abordaje y manejo clínico de un paciente pediátrico puede verse afectado por algunos factores como características emocionales y conducta del niño que de acuerdo a la clasificación de Frankl puede ser positivo es decir colaborador o negativo el cual rechaza el tratamiento. La presente investigación tiene como objetivos: determinar los tipos de comportamiento según la escala de Frankl presentados en los niños menores de cinco años de edad de la parroquia Manú, durante la atención odontológica. El presente estudio es de tipo cuantitativo de corte transversal en el cual se analizaron 76 historias clínicas de niños menores de 5 años que cumplieron con los criterios de inclusión cuyos datos obtenidos fueron procesados en el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión .28.0. Evidenciando que en el grupo de estudio existe mayor frecuencia del comportamiento tipo 3 (Positivo) con un porcentaje de 38,7%, teniendo un comportamiento cooperador, así mismo se determinó que los niños de mayor edad (5 años) mostraron mejor comportamiento mientras los de menor edad (1 año) mostraron comportamiento negativo es decir que a medida que la edad aumenta mejora el comportamiento de los pacientes, la técnica de manejo más utilizada fue la técnica decir, mostrar, hacer, en los niños menores de cinco años de la parroquia Manú.

**Palabras claves:** fobia dental, odontopediatría, comportamiento, características emocionales, infantes

## 2.1 abstract

The approach and the clinical management of a pediatric patient can be affected by various factors such as child's emotional features and behaviors that according to the Frankl scale can be positive, in other words, cooperative; or negative who refuses the treatment. This research has set the objective of determining the types of behavior according to the Frankl scale showed by the children under five years old in Manu Parish during the dental care. This is a quantitative cross-sectional study which analyzed 76 medical records of children under five years old who met the inclusion criteria. These data were processed through the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 28.0 which made evident that within the group of study there is a higher frequency of type 3 behavior (positive) with a 38,7% with a cooperative behavior. In the same token, it was determined that children who are older (5 years old) showed a better behavior than the younger children (1 year old) who showed a negative behavior, this result means that as age increases the patient's behavior improves. The most useful technique was the *tell-show-do* technique applied with children under 5 years old in Manú Parish.

**Key words:** behavior, dental phobia, emotional features, infants, pediatric dentistry.

### 3. Introducción

El miedo es una emoción a través de la cual se desencadena un conjunto de reacciones que se manifiesta como un instinto de supervivencia mientras que la ansiedad es un estado emocional que tiene origen interno tales como fantasías y expectativas no reales que se pueden presentar durante la consulta dental provocando en los niños distintos tipos de comportamiento, positivos y negativos pudiendo ser motivo de dificultad para el manejo clínico siendo una causa que aporta al progreso de cualquier patología de simple a complejo y que convierte la consulta dental en una mala experiencia. (Boj J.R, 2011)

El miedo y ansiedad dental es generado por varios factores, tales como: factores psicológicos; físicos y ambientales, los cuales tendrán diferente impacto en los niños ya que estos actúan de acuerdo a su edad por lo que se debe de conocer los miedos y limitaciones presentes según su etapa, por ejemplo: antes de los 3 años los infantes aún no tienen la capacidad de socializar con las demás personas por lo que les cuesta adaptarse a un lugar o situación y se aburren rápido provocando que el niño en cuestión de minutos cambien su comportamiento, mientras que en la segunda infancia de 3 a 6 años presentan temor a la oscuridad, ruido, daños físicos y soledad, por lo que el comportamiento del odontólogo debe modificarse de acuerdo a los temores de la infancia y actitudes que presente el infante, con el fin de obtener una mejor relación y por ende se desarrolle el tratamiento con éxito (Bartolomé Villar et al., 2020)

Ante esta realidad se aplicó un conjunto de acciones que nos permitan disminuir el miedo y ansiedad dental, a través de técnicas de manejo para los distintos tipos de comportamiento que presenten los niños menores de cinco años de la parroquia Manú, y a su vez servirá para que los estudiantes de séptimo y octavo ciclo mejoren el abordaje clínico en pacientes pediátricos.

Como menciona en la siguiente investigación (Sánchez Navarrete, 2018), la cual se realizó en Guayaquil, Ecuador mediante la aplicación de la escala de Frankl a 234 niños de entre 4 a 11 años en el cual los resultados obtenidos fueron: el tipo de comportamiento prevalente en la clínica de odontopediatría es tipo 3 es decir un paciente colaborador mientras que el comportamiento tipo 2, negativo, se presentó en los de menor edad es decir de 4 a 6 años.



Por lo que el objetivo de la presente investigación fue determinar los tipos de comportamiento según la escala de Frankl en niños menores de 5 años de la parroquia Manú, Cantón Saraguro.

Cuyo alcance fue obtener una mejor adaptación a la consulta odontológica, fortaleciendo la confianza entre el niño y los estudiantes de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja, evitando experiencias traumáticas que conlleven a mostrar un comportamiento negativo en nuevas atenciones dentales en los niños menores de cinco años de la parroquia Manú, cantón Saraguro.

## **4. Marco teórico**

### **4.1 Concepto de Comportamiento, Miedo y Ansiedad Dental**

El comportamiento es una forma de reacción y manera de proceder de una persona frente a algún estímulo este puede ser consciente e inconsciente, voluntario e involuntario esto va a depender de las circunstancias que lo provoquen, el comportamiento va a estar determinado por las actitudes, valores de la persona, valores culturales, lugar de residencia etc. (Sánchez Navarrete, 2018)

La ansiedad se define como una serie de manifestaciones de tipo psíquico y mental que se atribuyen a peligros los cuales no son reales, es decir es un tipo de reacción del cuerpo la cual se manifiesta en forma de crisis o en un estado persistente, dichas manifestaciones se pueden desencadenar en episodios de pánico. La ansiedad dental es una aprehensión más profunda que puede interferir en el tratamiento odontológico rutinario y debe ser tratada de forma especial. (Ríos et al., 2014)

En la ansiedad se presenta un sentimiento inmotivado de temor e incertidumbre, aprehensión y tensión frente a una amenaza no identificada que compromete el funcionamiento del individuo e implica una reducción de la libertad personal. (Lima & Casanova, 2006)

El miedo es una sensación, perturbación angustiosa del ánimo provocada por un estímulo real o imaginario, el cual aparece por la aprensión que suceda una cosa contraria a lo que deseamos, reacción a un peligro real o a una situación amenazante, el miedo dental puede tener varias variables como que puede ser una reacción fóbica aprendida y condiciona por experiencias previas ya sean propias o de gente cercana, o por otra parte el miedo puede surgir como respuesta adicional a otros miedos (Lima & Casanova, 2006)

El miedo a la consulta odontológica es uno de los principales factores por el cual se evita la atención odontológica por lo que se desencadena una serie de problemas futuros como la evolución a un estado grave de un problema bucal simple que por consiguiente exige un tratamiento más especializado, procedimientos más invasivos, mayores costos financieros para su ejecución, mayor inversión de tiempo y en el último de los casos conlleva a la pérdida de las piezas dentarias. El miedo afecta la calidad de la atención odontológica ya que al no tener un paciente completamente colaborador las consultas se alargan requiriendo más tiempo para la

atención provocando un ambiente de estrés tanto para el profesional como para el paciente.(Munayco Pantoja DDS et al., 2018)

#### ***4.1.1 Enfoques Sobre el Miedo***

Como lo menciona, Carlos R el miedo puede ser visto a través de tres enfoques fundamentales:

- **Biológico:** el miedo es un esquema adaptativo que constituye un mecanismo de supervivencias surgido para permitir al individuo responder ante situaciones adversas con rapidez y eficacia; siendo en sentido, beneficioso para el ser humano
- **Neurológico:** El miedo es una forma común de organización del cerebro primario de los seres vivos y el mecanismo que lo desata se encuentra concretamente en el sistema límbico, que es el encargado de regular las emociones y en general de todas las funciones de conservación del individuo. Este sistema revisa de manera constante incluso durante el sueño, toda la información que se recibe a través de los sentidos y lo hace mediante la estructura llamada amígdala, que controla las emociones básicas, como el miedo o el afecto y se encarga de localizar la fuente de riesgo
- **Psicológico, social y cultural:** El miedo puede formar parte del carácter de la persona o de la organización social en la que ésta se desarrolla o pertenece. Es una característica inherente a la sociedad humana que está en la base de su sistema educativo y forma parte de la socialización de los individuos.

#### ***Tipos de miedo***

Biondi A. Cortese S. ( 2010 como se citó en López et al., 2016) Afirma, el miedo puede clasificarse en dos tipos:

- **Miedos innatos:** estos son los miedos con los que el paciente nace como, por ejemplo: miedo a los ruidos intensos y repentinos, a la lluvia, truenos, perder el equilibrio, a los objetos que se acercan con rapidez.
- **Miedos del desarrollo:** estos se presentan a determinadas edades, tienen que ver con fantasías inconscientes.

#### **4.1.2 Tipos de ansiedad**

(Palomero Gil, 2016) manifiesta que la principal clasificación es diferenciar entre ansiedad fisiológica y patológica

**4.1.2.1 Ansiedad Fisiológica.** La ansiedad es una reacción emocional normal y frecuente, que surge cuando se anticipa un resultado amenazante como no deseado y se prepara para afrontar mejor esa situación, la ansiedad se caracterizaría por ser "un estado subjetivo de anticipación, temor o aprensión, o una sensación de peligro inminente, asociado a grados diversos de excitación y reactividad autonómicas, originada por una hiperactividad del sistema nervioso y en respuesta a una amenaza potencial, real o imaginaria".

**4.1.2.2 Ansiedad Patológica.** Se considera patológico cuando no es preciso que aparezca y/o con una intensidad anormalmente exagerada por una respuesta exagerada no adaptativa, se transforma en patológica, hablándose de trastornos de ansiedad. La separación más importante desde el punto de vista clínico es la que se encuentra la ansiedad fisiológica y la patológica, que es de gran intensidad, se acompaña de sintomatología somática acentuada y deterioro psicosocial, afectando a la libertad del individuo y se sitúa en el plano de los sentimientos vitales. La diferencia entre ansiedad normal y patológica radica en la intensidad, frecuencia, duración, tipo de estímulos ante el que se reacciona, junto con el grado de sufrimiento y de incapacidad.

(Vallejo Nataly, 2017) afirma, los tipos de ansiedad mencionados por Freud son:

**4.1.2.3 Ansiedad de la realidad.** Se trata de situaciones reales a través de las que nuestra reacción sería acogernos en un lugar donde nos sintamos seguros para protegernos de los peligros y miedos presentes en ese momento. Por lo tanto, se consideraría una respuesta acertada a una amenaza real la cual asociándolo a la consulta odontológica se podría asociar con tratamientos que causen algún tipo de molestia o dolor al paciente.

**4.1.2.4 Ansiedad neurótica.** Se desarrollaría en la niñez presentándose como un problema entre la realidad y la intuición, es decir, se pierde el control de la situación cuando la intensidad de la ansiedad no tenga relación directa con la exposición de una amenaza real. En la consulta odontológica se presenta como una ansiedad intensa sin un motivo específico dentro del tratamiento.

**4.1.2.5 Ansiedad moral.** estaría originada por las sensaciones producidas por la realidad ficticia, peligro que viene del mundo social creado por nuestros pensamientos en nuestra cabeza como un ente individual. En la consulta odontológica se presenta mediante las creencias y valores que presenta cada paciente siendo un factor mediante el cual el paciente acepta o no algunos tipos de tratamientos.

**Tabla 1. Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia.**

---

Los temores del desarrollo y los trastornos de ansiedad en el niño y en el adolescente. Según momento evolutivo

---

Miedos y temores propios de la etapa evolutiva	Trastornos de ansiedad prototípicos
<p>Infantes (hasta 5 años)</p>	<p>Ansiedad generalizada</p>
<p>Estímulos discrepantes Ansiedad ante el extraño Ansiedad de separación</p>	

---

**Fuente:** *Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia 2011*

**Elaborado por:** Ana María Ruiz Sancho, 2011

### 4.1.3 Síntomas de la ansiedad.

Cuando el paciente presenta un estado de ansiedad su comportamiento va a incluir:

- Inquietud
- Temblor
- Dificultad de respiración
- Expresiones faciales de miedo
- Falta de energía y fatiga

A nivel fisiológico presenta cambios como:

- Aumento del ritmo cardiaco
- Elevación de la presión arterial
- Respiración más rápida y profunda
- Rigidez muscular (LEÓN, 2012)

#### **4.1.4 Causas de la ansiedad.**

No se puede asociar a la ansiedad con un factor desencadenante exclusivo, dado que actúa de una manera determinante en el estado de la salud oral, logrando entorpecer el manejo del paciente durante la consulta y esto se constata con la alta prevalencia que va desde el 4% al 23% logrando así convertirse en un punto clave a la hora de mejorar la calidad de vida oral del paciente. (Ríos et al., 2014)

González (2015) hace mención dentro de la literatura algunos factores los cuales están relacionados con la alta incidencia dental:

- Miedo al dolor
- Características de personalidad
- Experiencias anteriores traumáticas en la etapa de la niñez
- Temor impuesto por padres o familiares por experiencias negativas previas
- Desconocimiento del estado de salud bucal
- Estímulos externos como observar procedimientos dentales, sonidos y materiales
- Miedo a la sangre y heridas

En el estudio realizado por Kent nos menciona que los pacientes que presentan ansiedad suelen anticipar el dolor que sentirán al momento de realizar los procedimientos dentales, y sobreestiman este dolor cuando lo recuerdan más tarde. (Hmud & Walsh, 2018)

Hmud & Walsh (2018) en su estudio mencionan que dentro de los procedimientos odontológicos el que causa más ansiedad en los pacientes es el tratamiento restaurativo ya que conlleva materiales como agujas y sonidos además de la sensación de vibración provocadas por las turbinas, micromotores y demás. Por ello a este tipo de pacientes se los suele tratar con la regla de las "4 S" teniendo la finalidad de disminuir los desencadenantes que causan estrés.

- Sentido de la vista (ej.: agujas, fresas)
- Sentido del oído (o sonidos como excavación)
- Sensaciones (vibraciones de alta frecuencia – con un alto factor de molestia)
- Sentido del olfato (olores clínicos, como el eugenol y agentes adhesivos) usando métodos alternativos tal como la Técnica Restaurativa A traumática; corte de ultra baja velocidad; corte de fresas de polímero; remoción químico mecánica de caries; micro abrasión; láser de pulsos; instrumentos de ultrasonido con puntas revestidas de diamante. (Hmud & Walsh, 2018)

#### **4.1.5 Consecuencias y complicaciones**

Se ha demostrado que los pacientes que presentan altos niveles de ansiedad dental tienden a tener asistencias irregulares o evitan por completo la atención dental dando como consecuencia una mayor prevalencia de caries lo que conlleva a que la enfermedad progrese dando cabida a nuevas patologías.

Locker y Liddell encontraron que los pacientes dentalmente ansiosos tienen muchos más dientes faltantes y obturaciones a diferencia de los pacientes no ansiosos. Resulta una situación limitante en donde la salud oral deficiente y la inhabilidad del paciente para aceptar el tratamiento. (DEXTRE, 2018)

Además de causar daños a nivel de la salud oral también provoca un impacto más amplio en su vida ya que al evocar respuestas fisiológicas como miedo o susto en el paciente se genera agotamiento luego de la cita dental convirtiéndola en una mala experiencia.

Los impactos cognitivos de la ansiedad dental incluyen pensamientos negativos, temor, llanto, agresividad, perturbaciones del sueño y de hábitos alimenticios, y una mayor automedicación. (Hmud & Walsh, 2018)

#### **4.2 Comportamiento humano**

El comportamiento humano se analiza desde diversas teorías para exponer los aspectos del desarrollo psicológico por lo tanto se exponen las principales teorías:

- **Teoría psicodinámica (Freud y el desarrollo psicosexual, Erickson y el desarrollo psicosocial):** esta teoría nos menciona que los actos realizados por las personas están motivados por aspectos biológicos y sociales. Las conductas externas son respuesta de conflictos, tensiones, angustia, frustraciones y demás situaciones por lo que se ha intentado valorar la conducta en relación a la psique. (Boj & J.R, 2011)
- **Teoría del aprendizaje (Skinner y el condicionamiento, Sears y el aprendizaje social):** en esta teoría se relaciona que el comportamiento humano es respuesta de eventos ambientales y controlados por las consecuencias de éstos. Es decir, es el resultado de un estímulo el cual ocasionará una respuesta la cual si es favorable el individuo seguirá realizándose si por el contrario la respuesta es negativa este no volverá a realizar acciones que lo lleven a eso. (Boj & J.R, 2011)

- **Teoría cognoscitiva (Piaget):** con respecto a esta teoría nos menciona que el comportamiento está estrechamente relacionado con el pensamiento centrándose en los procesos internos del individuo los cuales generan y planean una respuesta a la interpretación de distintos hechos, basándose principalmente en la capacidad de adquirir y utilizar el conocimiento y la influencia de este en el comportamiento. (Boj & J.R, 2011)

#### **4.3 Comportamiento durante la atención odontológica con paciente pediátricos**

El principal motivo de consulta en pacientes pediátricos es el dolor dental provocando que el niño llegue con una sensación de estrés causada por la misma afección además se suma el miedo y la ansiedad provocada por la consulta por lo que se espera que se le brinde un tratamiento seguro y eficaz, para lograr esto se necesita mejorar la actitud y el comportamiento mediante una buena comunicación entre el odontólogo, niño y los papás fomentando e incentivando al niño a tener un comportamiento positivo.

Es importante fomentar un vínculo de confianza con el paciente a través de la comunicación estableciendo un ambiente seguro. El odontólogo debe proyectar una imagen de sensibilidad, debe basarse en la capacidad de apoyar al niño y ayudarlo a responder eficazmente a los desafíos de la situación odontológica, debe tener en cuenta los sentimientos del niño, reconocerlos y hablar de ellos, los temores deben tratarse abiertamente para ayudar al niño a

identificar sus preocupaciones más comunes en la práctica odontológica explicando paso a paso los procedimientos que se le van a realizar con el fin de aliviar los temores y lo que se va a utilizar logrando que desaparezca el miedo y la ansiedad, promoviendo una actitud colaboradora del niño permitiéndonos brindar una atención de calidad.

#### **4.4 Características del infante de acuerdo a su edad**

Es de vital importancia conocer cómo es el desarrollo y el comportamiento de los niños de acuerdo a cada etapa de crecimiento, comprendiendo que el comportamiento de los niños va a variar de acuerdo a la edad que tenga. (Sánchez Navarrete, 2018)

(Rojas, 2017)menciona que la manera en que el niño asimila su experiencia con el dentista es crucial para la instauración de actitudes y expectativas hacia el tratamiento dental.

La niñez temprana concierne a la etapa de tres a seis años de edad, esta época es fundamental en el desarrollo psicosocial de los niños, el desarrollo emocional del niño y sus



sensaciones del yo, tienen sus raíces en las experiencias vividas en estos años. (Calero et al., 2012)

Alrededor de los cinco o seis años de edad, se dan los mapeos representacionales. El niño empieza a establecer relaciones lógicas entre un aspecto y otro de sí mismo, sin embargo, sigue expresando su imagen en términos positivos absolutos, no puede ver cómo podría ser bueno en algunas cuestiones y en otro no (Calero et al., 2012)

Magnusson en su libro de texto nos proporciona una orientación sobre el nivel de maduración de los infantes en la etapa preescolar descrita en años. (Josefa & Medina, 1998)

- Dos Años:

El niño se cansa fácilmente, tiene problemas para relacionarse con otras personas, le toma tiempo adaptarse a nuevas situaciones, necesita de su representante todo el tiempo y tiene cambios frecuentes de humor.

- Tres Años:

Presenta curiosidad por el exterior, es mejor su contacto verbal, iniciar ansia por imitar.

- Cuatro Años:

Su contacto verbal es fluido, tiene muchas dudas, se desenvuelve en actividades físicas y mentales, le inquieta el realizar nuevas actividades, desarrolla confianza en sí mismo.

- Cinco Años:

Desarrolla sensibilidad a los halagos y desaprobación, desea ser aceptado, es estable emocionalmente, tiene pensamiento realista en secuencias lógicas.

#### **4.5 Factores que influyen en la aparición del miedo a la atención odontológica**

La atención odontológica genera en el paciente una serie de emociones como miedo y ansiedad las cuales se consideran patrones multidimensionales y aprendidos de comportamiento que resultan desadaptativos con relación al tratamiento odontológico. (Arrieta Vergara et al., 2013)

El comportamientos y las emociones influyen en la ejecución del tratamientos, estas se pueden generar por múltiples causas como fobia a las agujas, extracciones dentales, sonido de la pieza de mano de alta velocidad, percepción negativa del odontólogo frente a la salud oral del paciente, tomando en cuenta también los factores externos como: experiencias negativas previas, influencia de los padres al hablar de malas experiencias previas, el que se utilice la consulta

dental como método de amenaza haciendo entender al niño que el ir al odontólogo es un castigo.(Arrieta Vergara et al., 2013)

Berggren afirma que la ansiedad dental crea su propio círculo vicioso, en el que la evasión del tratamiento dental logra un deterioro de la dentición y origina sentimientos de culpa e inferioridad en el paciente. (Arrieta Vergara et al., 2013)

Este "conflicto social" resulta en una nueva evasión, que conlleva al detrimento de la salud oral del individuo a partir de la pérdida de órganos dentarios, así como de la inconformidad estética y funcional, determinando el estilo de vida de la persona y comprometiendo su bienestar biopsicosocial.(Arrieta Vergara et al., 2013)

#### **4.6 Ambiente odontológico**

Al hablar del ambiente odontológico se debe de tomar en cuenta dos aspectos importantes tanto el ambiente psicológico como el físico. Al llegar el paciente percibe el ambiente del lugar siendo esta la primera perspectiva que tiene del consultorio mientras otro paciente puede llevarse una primera perspectiva a través de otros gestos como una llamada telefónica, un recordatorio a través de un mensaje de texto, esa serie de atenciones generará en el paciente una sensación interna la cual será el resultado del trato que le brinde tanto el odontólogo y el personal, haciéndolo sentir cómodo y bienvenido (Annadinin Aimé de Bilbao, Morella Figueroa de Garzón, 2021)

Un ambiente psicológico positivo se logra mediante la comunicación. El ambiente físico se trata sobre cómo se encuentra el lugar, las condiciones en las que esta, los elementos y materiales con los que cuenta siendo un factor que se debe de tomar en cuenta para disminuir la ansiedad a la consulta ya que estos actuaran como distractores en sus mentes mientras reciben el tratamiento odontológico. (Annadinin Aimé de Bilbao, Morella Figueroa de Garzón, 2021)

Al realizar actividades lúdicas en el área de espera los niños reducen la ansiedad preoperatoria ganando confianza, ayudando a relajarse siendo un medio para facilitar la comunicación entre operador y paciente. (Annadinin Aimé de Bilbao, Morella Figueroa de Garzón, 2021)

#### **4.7.1 Tipos de actitudes de los padres**

**4.7.1.1 Sobre afecto:** se presenta con frecuencia en situaciones en donde se es hijo único o fue concebido a una edad mayor estos niños presentan actitudes no aceptables con el fin de desenvolverse en la sociedad, escuela o su casa. Este niño presenta actitudes de dependencia, miedo y necesita estar siempre acompañado. (Escobar, 2004)

**4.7.1.2 Sobreprotección:** esto se presentará en padres que no permiten que sus hijos se desenvuelven solos evitando el contacto de sus hijos con otras personas por miedo a que los lastimen, consecuentemente el niño va actuar de una manera autoritaria intentando controlar la situación a su manera será indisciplinado, no son colaboradores. (Escobar, 2004)

**4.7.1.3 Sobre indulgencia:** son padres que acceden a la voluntad de sus hijos sin mostrar contrariedad desarrollando la sobre indulgencia, con el fin de intentar compensar la falta de atención, ausencia y la escasez de afecto de su niñez aceptando su voluntad para no tener quejas de sus hijos consecuentemente el niño tendrá actitudes exigentes, generando llanto exagerado, evitando así llevar una atención odontológica adecuada. (Escobar, 2004)

**4.7.1.4 Sobre ansiedad:** son familias que han sufrido algún tipo de pérdida de algún familiar, se relaciona con padres inexpertos consecuentemente forman a los niños bajo sobre afecto y sobreprotección dando como resultado niños completamente dependientes de sus papás, tímidos y con rasgos de cobardía. (Escobar, 2004)

**4.7.1.5 Sobre autoridad:** son padres los cuales tratan de tener el control de todo imponiendo sus propias reglas las cuales se deben de cumplir sin excepción alguna, son severos, crueles, resultado de todo esto los niños crecen inseguros, pesimistas y miedosos. (Escobar, 2004)

**4.7.1.6 Falta de afecto:** familia la cual no presta atención a sus hijos, no se dan el tiempo necesario para compartir con ellos mostrando indiferencia y falta de afecto hacia estos, como consecuencia de estas actitudes los niños crecen siendo personas nerviosas, inseguras, miedosos, asustadizo, la cual tratará de llamar la atención. (Escobar, 2004)

**4.7.1.7 Rechazo:** padres tienen actitudes negativas intentando corregir a base de castigos, juzgando de manera negativa dando como resultado un niño con actitud desobediente, indisciplinado, abusivo siempre se encuentra en estado de alerta, a la defensiva (Escobar, 2004)

## **4.7.2 Factores que afectan las actitudes paternas**

**4.7.2.1 Edad:** la actitud de los padres puede verse afectada por el nivel de madurez ya que sus actitudes formarán la actitud del niño, un padre ansioso formará un niño inseguro. (Prieto, 2011)

**4.7.2.2 Salud:** al presentar distintas enfermedades esto puede afectar en el tiempo que le pueda brindar al niño en la atención que no le podría dar. (Prieto, 2011)

**4.7.2.3 Estabilidad emocional:** la salud mental juega un papel fundamental en el crecimiento del niño ya que si no ha de afectar las actitudes paternas y de los hijos. Ya que de la forma en que afronten los padres las distintas adversidades que se les presenten mayor es el riesgo de que los niños reaccionen de la misma manera. (Prieto, 2011)

**4.7.2.4 Educación:** se asocia la educación de los padres con la influencia sobre la exigencia para tener una buena salud bucal por el contrario hay una gran probabilidad de que no sigan las recomendaciones por el orgullo personal. Mientras la persona con menos educación se muestra más receptiva a las recomendaciones por un respeto básico a la educación. (Amaíz Flores, 2016)

**4.7.2.5 Estado civil:** a los padres cuando se encuentran divorciados se les acredita más responsabilidad ya que al encontrarse trabajando con cargas horarias largas se les hace difícil compartir con sus hijos sin controlar la conducta. (Prieto, 2011)

**4.7.2.6 Factores culturales y étnicos:** la comunicación puede variar de comunidad en comunidad comprometiendo el tratamiento, además de que las creencias y costumbres varían creando dificultad entre el odontólogo y los padres. (Amaíz Flores, 2016)

**4.7.2.7 Factores socioeconómicos:** afecta directamente en la aceptación de los distintos procedimientos de control sobre la conducta, como la aceptación de los tratamientos odontológicos. (Prieto, 2011)

**4.7.2.8 Historia médica y odontológica pasada:** se asocia al historial de los padres y a sus experiencias asociando sus actitudes con la de los niños. (Prieto, 2011)

**4.8 Tipos de niños.** Linares (2015) manifiesta los siguientes tipos:

**4.8.1 Niños colaboradores.** Son niños que se muestran la mayoría del tiempo de buen humor, tranquilos, sin ansiedad ni miedo aparente, tienen buena comunicación con el operador, se adaptan al ambiente de manera sencilla.

**4.8.2 Niños potencialmente colaboradores.** Son niños los cuales no presentan buena actitud, pero esta es rectificable. Pueden tener actitudes como llanto fuerte, sacuden sus brazos y piernas con el fin de que no lo revisen.

**4.8.3 Niño no colaborador.** Son niños que no tienen buena actitud son difíciles de manejar, tornando la consulta odontológica una constante lucha, ya que el niño no deja que se le acerquen, lloran intensamente, gritan, arrojan instrumentos, golpean. Este tipo de pacientes debe ser tratado con otras técnicas.

#### **4.9 Técnicas de distracción**

La distracción es una manera con la que se logra disuadir la atención del niño con el fin de que no se percate de los procedimientos los cuales le pueden causar miedo y ansiedad.

Dar atención al niño antes, durante y después del procedimiento dental es fundamental para controlar la ansiedad y estrés con el fin de distraer al niño con uso de técnicas de distracción audiovisual estas ayudan a que el paciente centre su atención hacia otro objetivo, dejando así que el operador lleve a cabo el tratamiento como lo planeo.

Cuando la ansiedad en niños es moderada se puede controlar mediante distracciones como ver, escuchar videos los cuales sean acordes a su edad ayudando a que el niño muestre mejor actitud y colaboración frente al tratamiento odontológico. (Medina, 2015)

##### **4.9.1 Técnicas no farmacológicas para el manejo del comportamiento**

Entre los métodos para alcanzar el manejo del comportamiento del niño es aplicar técnicas como prototipos de aprendizaje que estén direccionados a controlar las diferentes emociones y comportamientos del infante.

El control de los distintos comportamientos de los niños se va a basar en el conductismo que establece que el comportamiento del individuo puede cambiar considerando la variación de condiciones ambientales que rodean al infante y basándose en el control de las emociones.

Es de suma importancia la técnica de manejo que vayamos a utilizar ya que de esto dependerá la relación que se establezca entre el niño y el odontólogo logrando que este muestre una actitud colaborativa, previniendo el miedo y la ansiedad dental. (Guarderas, 2016)

##### **4.9.1.1 Decir, mostrar, hacer**

Es un método muy utilizado ya que ayuda a que el niño entre en confianza con el personal que trabaja en el consultorio dental, del mismo modo con el material y los tratamientos que se realizarán, el operador va a seguir con la aclaración y demostración al niño de todo lo que

se va a hacer en la consulta, el vocabulario con el niño debe de ser modificado tiene que ser acorde a la edad del niño, tomando en cuenta que no se pueden decir palabras que puedan ocasionar temor y ansiedad algunas de las palabras son; agujas, pinchar, sangre, extraer dientes, suturar, dolor. etc., estas palabras deben de ser reemplazadas por el operador con otras como por ejemplo para no decir sangre se puede utilizar la palabra "rojito", dolor por "presión", anestesia tópica por "cremita mágica", etc. (Alvarez, Pinto, Rezende, Carvalho, Bönecker, 2010)

Los niños menores de 5 años de edad suelen presentar temor al ver ciertos equipos e instrumental de modo que podemos cambiar los nombres de estos aumentando la imaginación siendo así más llamativos y disminuyendo la ansiedad que le producen al infante como por ejemplo al motor de alta rotación se le podría denominar "ducha", al motor de baja rotación "tractorcito", al dique de goma "sombriilla", a la grapa "collar para el diente".

A diferencia de los niños menores de 5 años de edad a los niños de 6 a 12 años de edad no les causa gracia que el trato sea muy infantil siendo así que debemos utilizar con cautela los diminutivos en estos casos se debe tratar al niño de acuerdo a su edad. (Alvarez, Pinto, Rezende, Carvalho, Bönecker, 2010)

#### **4.9.1.2 Refuerzo positivo**

Este método trata de recompensar al niño para estimular el buen comportamiento. La recompensa no debe ser empleada como forma de chantaje para ejecutar el tratamiento, ésta solo se debe dar después de analizar el comportamiento del infante en la consulta, luego se permite que el niño elija una recompensa por consulta, cuando sea permitido.

No se debe de dejar de lado el uso siempre de halagos y buen trato como recompensas ya que esto sirve como método cuando se pierde el poder de la recompensa clásica. (Alvarez, Pinto, Rezende, Carvalho, Bönecker, 2010)

#### **4.9.1.3 Distracción – voz distracción**

Estos métodos tienen como finalidad llamar la atención del infante y de estimular su imaginación con el propósito de distraerlos del tratamiento odontológico, para eso se utilizan muñecos, películas, contar cuentos. Este método se puede aplicar cuando la ansiedad del infante es leve. (Alvarez, Pinto, Rezende, Carvalho, Bönecker, 2010)

#### **4.9.1.4 Control a través de la voz**

Esta técnica se basa en llamar la atención al niño aumentando el volumen de la voz, pero sin perder la mirada agradable, voz pausada y tono de voz suave frenando el mal comportamiento. Se debe hacer uso de esta técnica siendo conscientes de no confundir el aumento de la voz con gritos. Está indicado para niños que no cooperan ni prestan atención por el contrario no se debe utilizar en niños que no tienen la capacidad de entender debido a su edad, inmaduros emocionalmente o incapacitados (Alvarez, Pinto, Rezende, Carvalho, Bönecker, 2010)

#### **4.9.1.5 Comunicación no verbal**

Este método se basa en los gestos y expresiones faciales agradables, caricias que producen calma, contacto visual, y físico delicado, emplear señales para que el infante pueda detener el tratamiento, estas se emplean en niños mayores de 3 años de edad, estas consisten en levantar la mano o el brazo. Para que esta técnica se desarrolle es importante establecer vínculos de confianza entre el operador y el paciente, se ha demostrado que la técnica ha logrado reducir la ansiedad de los niños aún sin hacer uso de estos. (Alvarez, Pinto, Rezende, Carvalho, Bönecker, 2010)

#### **4.9.1.6 Modelado**

Esta técnica se basa en dar un ejemplo de buen comportamiento para esto es necesario la intervención de un niño el cual tenga la misma edad del paciente, que sea del mismo género el cual sea un buen ejemplo teniendo una buena actitud en la consulta odontológica logrando que el paciente relacione y siga los patrones de conducta de este niño, reduciendo las actitudes negativas de la ansiedad dental, incitando al paciente a actuar de manera adecuada mientras se realiza el tratamiento dental (Alvarez, Pinto, Rezende, Carvalho, Bönecker, 2010)

#### **4.9.1.7 Inhibición latente**

Esta técnica tiene como propósito realizar el tratamiento de una manera más simplificada intentando que el niño se familiarice con la consulta odontológica iniciando con el protocolo con una evaluación clínica del niño, indicando dieta y técnicas de cepillado luego seguimos con la fase preventiva realizando aplicación de flúor de esta manera ganar la confianza del niño para seguir con el tratamiento planeado. (Alvarez, Pinto, Rezende, Carvalho, Bönecker, 2010)

#### 4.9.1.8 Restricción física

Al mencionar técnicas restrictivas hace referencia a la limitación física también llamada estabilización protectora que tienen como finalidad aminorar daños limitando la libertad de los movimientos del infante logrando llevar a cabo el procedimiento odontológico de forma cuidadosa y segura. Esta técnica está indicada en infantes no colaboradores en los cuales no ha resultado exitosa ninguna otra técnica de manejo de conducta.

Para efectuar esta técnica el odontólogo debe de informarles a los padres de forma detallada y precisa el procedimiento que se va a realizar finalizada la explicación se continúa con la firma del consentimiento informado en donde se constata que el representante tiene pleno conocimiento del procedimiento a realizarse garantizando al odontólogo trabajar de manera segura.

La estabilización protectora se clasifica en dos:

- **Estabilización protectora activa:** está indicada en bebés y preescolares que no están dispuestos a que se les realice el procedimiento odontológico o a medida que se efectúa el tratamiento tienen una postura de oposición con movimientos de sus extremidades tanto superiores e inferiores y su cabeza. Las restricciones de los movimientos las ejecutan los representantes, inmovilizando las manos y piernas del niño mientras que el personal auxiliar sostiene la cabeza. Es primordial sujetar las manos de los infantes para transmitirles confianza y tranquilidad. (Podesta, 2013)
- **Estabilización protectora pasiva:** se desarrolla mediante instrumentos que contribuyen a la estabilización proporcionando seguridad al infante, permitiendo al operador realizar los procedimientos con detalle y calidad. (Podesta, 2013)

#### 4.9.1.9 Mano sobre la boca

Esta técnica consiste en poner la mano del operador sobre la boca del infante indicando al niño que se retirara la mano cuando deje de llorar. Esta técnica está indicada en infantes que están inquietos o tienden a llorar tomando en cuenta que sean niños sanos que entienden y colaboran, pero eligen presentar conductas provocadoras y ruidosas.

El objetivo es calmar el llanto fuera de control y conseguir su atención, ayudar a la autoconfianza del infante en afrontamiento durante el procedimiento y asegurarnos de la seguridad del infante durante la administración de los cuidados. (Rodríguez et al., 2009)



#### **4.9.2 Medidas farmacológicas para el control del paciente**

Se usan como último recurso, cuando el manejo habitual no ha dado resultados positivos. También está indicado en casos de infantes los cuales requieren múltiples procedimientos o que presentan trastornos sistémicos de alto riesgo. Esta técnica abarca:

- Ansiolíticos
- Óxido nitroso
- Anestesia general

Se sugiere que sea manejado a nivel hospitalario por el odontopediatra. (Rodríguez et al., 2009)

#### **4.10 Escalas para valorar la ansiedad**

Es esencial en la consulta dental identificar el nivel de miedo y ansiedad con la que el niño se presenta a la consulta odontológica con el objetivo de tomar medidas que favorezcan en la reducción de los causantes que incitan a que este se produzca.

Es por eso que dentro de los instrumentos están las escalas de registro de comportamiento como: "escala de Frankl, test gráfico de Venham, Escala de ansiedad de Corah"

##### **4.10.1 Escala de Frankl**

En el año de 1962 el Dr. Spencer N. Frankl, Dr. F. R. Shiere y Dr. H. R. Fogels desarrollaron una escala mediante la cual se determina el comportamiento de los infantes siendo una escala validada, sencilla, precisa y ampliamente utilizada consta de cuatro categorías. (Reis et al., 2008)

- **Tipo 1 (- -) Definitivamente negativo:** Es un paciente con actitud irrespetuoso, agresivo, se rehúsa por completo al tratamiento, es asustadizo, llora intensamente, grita fuertemente, no permite ningún intento de comunicación verbal, se mueve intensamente, no presta atención ya que no le interesa nada del tratamiento.
- **Tipo 2 (-) Negativo:** Es un paciente que aun con miedo permite que el tratamiento se realice, aunque le cuesta aceptar, no coopera por completo, es arisco, desconfiado, tímido, presenta un llanto controlado es decir se presenta en momentos determinados en la consulta además de presentar leves movimientos de brazos y piernas.
- **Tipo 3 (+) Positivo:** Es un paciente que muestra interés por la consulta, no le cuesta recibir órdenes. Acepta el tratamiento, pero es prevenido, cooperador, dudoso, pero sigue las instrucciones.

- **Tipo 4 (+ +) Definitivamente positivo:** Es un paciente totalmente colaborador, tiene una muy buena conducta, permite que fluya la comunicación verbal mostrando interés frente al tratamiento, ríe, si tiene dudas pregunta, se encuentra relajado, goza de la consulta estableciendo así una buena relación con el operador. (Alvarez, 2012)

#### ***4.10.2 Escala de Ansiedad Dental de Corah Modificada***

Es creada por Norman Corah; hay dos versiones de esta escala: DAS-Escala de Ansiedad de Corah (1969)- MDAS adaptado por Humphris et al., (1995). DAS: consta de cuatro ítems mientras que MDAS, consta de cinco ítems la cual mide hacia las inyecciones de anestesia bucal. Estos cinco ítems van de extremadamente ansioso, hasta el más bajo, no ansioso dando un total de veinticinco puntos. Los niveles clínicamente significativos de ansiedad se consideran para puntajes mayores de 13. Esta se aplica en niños y adultos. Consiste solamente en cinco preguntas. (Torres, 2019)

#### **Escala de ansiedad dental de Corah**

##### ***A. Si usted tuviera que ir al dentista mañana, ¿cómo se sentiría?:***

- a) Pensaría en ello como una experiencia razonablemente agradable.
- b) No estaría preocupado.
- c) Estaría un poco intranquilo.
- d) Tendría miedo que fuera desagradable y doloroso.
- e) Tan ansioso, que rompería a sudar o casi me sentiría enfermo.

##### ***B. Cuando usted está esperando su turno en la consulta del dentista; ¿cómo se siente?:***

- a) Relajado.
- b) Un poco intranquilo.
- c) Tenso.
- d) Ansioso.
- e) Tan ansioso, que rompería a sudar o casi me sentiría enfermo.

##### ***C. Cuando usted está en el sillón de dentista esperando mientras él sostiene el taladro listo empezar el trabajo en sus dientes, ¿cómo se siente?:***

- a) Relajado.
- b) Un poco intranquilo.
- c) Tenso.

- d) Ansioso.
- e) Tan ansioso, que rompería a sudar o casi me sentiría enfermo.

***D. Usted está en el sillón del dentista preparado para una limpieza dental. Mientras usted está esperando, el dentista está sacando los instrumentos que él usará para raspar sus dientes alrededor de las encías, ¿cómo se siente?:***

- a. Se relaja.
- b. Un poco intranquilo.
- c. Tenso.
- d. Ansioso.
- e. Tan ansioso, que rompería a sudar o casi me sentiría enfermo.

***E. Si te van a inyectar anestésico local para tu tratamiento dental ¿Cómo te sentirías?***

- a) Relajado
- b) Un poco incómodo
- c) Tenso
- d) Ansioso
- e) Tan ansioso que a veces sudo o me siento enfermo

Si presenta una puntuación superior a 15 puntos, posiblemente requiera algún tipo de sedación.

Una vez finalizado el cuestionario cuantifique la puntuación obtenida.

Respuesta a = 1 punto

Respuesta b = 2 puntos

Respuesta c = 3 puntos

Respuesta d = 4 puntos

Respuesta e = 5 puntos

Valoración del grado de ansiedad:

- Menos de 9 puntos. Su ansiedad es leve o nula en su visita al dentista.
- Entre 9-12 puntos. Ansiedad moderada en su visita al dentista.
- Entre 13-14 puntos. Ansiedad elevada en su visita al dentista.
- A partir de 15 puntos. Ansiedad severa o Fobia a su visita al dentista.

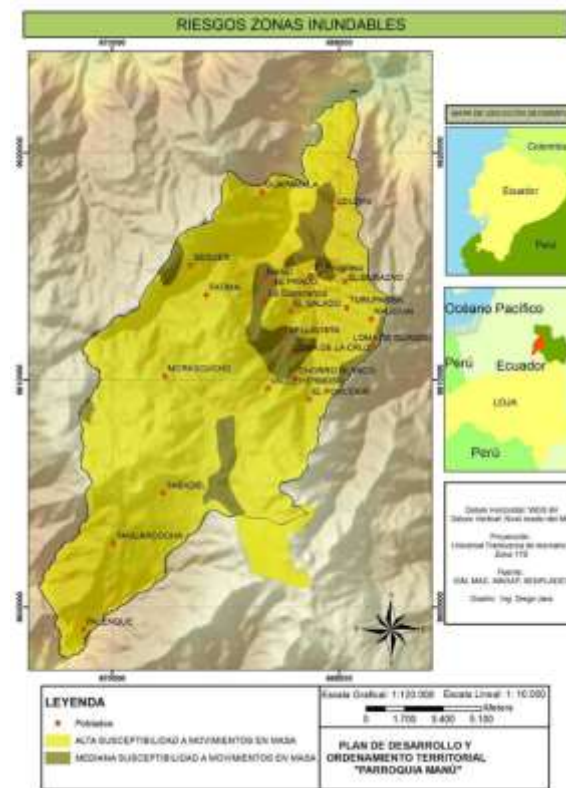
#### ***4.10.3 Test de Venham***

En esta escala se usan 8 pares de figuras cada par representa un estado de ansiedad, un niño tranquilo y la otra imagen representa un estado ansioso, asustado esto se relaciona con una calificación numérica. Consiste en que el infante escoge las figuras que representan su estado de ánimo actual. La calificación obtenida representará el número de veces que siente ansiedad de acuerdo al par escogido. (Sias et al., 2018)

## 5. Metodología

La presente investigación se llevó a cabo en la parroquia Manú, situada en el cantón Saraguro, provincia de Loja, al sur de la República del Ecuador.

**Gráfico 1. Mapa de asentamientos humanos en la parroquia Manú**



La presente investigación es un estudio cuantitativo de corte transversal, realizado a través de un trabajo de campo, en el cual se utilizó la historia clínica odontológica de odontopediatría de la Universidad Nacional de Loja, la cual se aplicó en niños menores de 5 años de edad los cuales fueron participes de la atención odontológica realizada en la parroquia Manú, cantón Saraguro, provincia de Loja.

### 5.1 Diseño de estudio

El presente estudio es de tipo:

#### 5.1.1 Cuantitativo

Porque nos permitió a través de la aplicación de la escala de Frankl medir los tipos de comportamiento en los niños menores de 5 años de la parroquia Manú, cantón Saraguro, provincia de Loja

### 5.1.2 *Transversal*

Recopilación de datos según la edad y el tipo de comportamiento en la aplicación de la escala de Frankl en los niños menores de 5 años de la parroquia Manú, cantón Saraguro, provincia de Loja, durante el periodo abril 2022- febrero 2023.

## 5.2 **Universo y muestra**

### 5.2.1 *Universo*

Está formado por 236 niños/as menores de 5 años de edad los cuales fueron partícipes de la atención odontológica que se brindó en la parroquia Manú, provincia de Loja.

### 5.2.2 *Muestra*

La muestra está constituida por 74 niños/as menores de 5 años pertenecientes a la parroquia Manú, Cantón Saraguro, Provincia de Loja, que tuvieron la autorización por parte de su representante además que cumplen con los criterios de inclusión.

En el presente proyecto de investigación de los 74 niños de la parroquia Manú, 37 pertenecen al sexo masculino, siendo la edad de 4 años la de mayor prevalencia con un 32%. Asimismo 35 pertenecen al sexo femenino, siendo 3 años la edad de mayor prevalencia con un 26%

**Tabla 2. Comparación edad-sexo**

Edad	Masculino		Femenino	
1 año	2	5%	5	14%
2 años	8	22%	8	23%
3 años	5	14%	9	26%
4 años	12	32%	6	17%
5 años	10	27%	7	20%
Total	37	100%	35	100%

**Fuente:** Investigación directa (2022) **Elaborado por:** Sara Mishel Armijos Pineda

### **5.3 Criterios de selección**

#### **5.3.1 Criterios de inclusión**

- Niños/as menores de 5 años de edad
- Niños/as que pertenezcan a la parroquia Manú
- Niños/as que tienen autorización por parte de sus representantes.
- Niños/as que no presenten ninguna necesidad especial

#### **5.3.2 Criterios de exclusión**

- Niños/as mayores a 5 años de edad
- Niños/as que no pertenezcan a la parroquia Manú
- Niños/as que no tengan autorización por parte de sus representantes.
- Niños/as que presenten necesidades especiales

### **5.4 Técnica e instrumentos de recopilación de información**

Para la recopilación de información se llevó a cabo la atención odontológica para llenar las historias clínicas de odontopediatría las cuales se usan en la facultad de odontología de la Universidad Nacional de Loja, a través de los datos recolectados determinamos la conducta aplicando la escala de Frankl a los niños menores de 5 años de edad de la parroquia Manú cantón Saraguro provincia de Loja.

#### **5.4.1 Estudio bibliográfico**

Se ejecutó la búsqueda de información que tenga relación con la investigación la que se obtuvo a través de artículos, tesis, libros y bases de datos.

#### **5.4.2 Procedimiento**

Para desarrollar la investigación se empleó la historia clínica de odontopediatría de la Universidad Nacional de Loja con su respectivo consentimiento informado, esta se encuentra conformada por varios parámetros los cuales permitieron obtener datos relevantes, pero para poder realizar nuestro estudio se tomó en consideración la escala de Frankl.

La historia clínica se aplicó con el previo consentimiento del representante de los niños que estuvieron dentro de los parámetros de inclusión, para ello se empleó un consentimiento informado en el que se da a conocer al representante que los datos obtenidos de la historia

clínica, fotos, radiografías, y demás exámenes complementarios, pueden ser usados con fines de estudio, investigación y publicación.

#### **5.4.3 Trabajo de campo**

- **Paso 1:** Se acudió a la parroquia Manú, en conjunto con GAD parroquial y MSP se establecieron puntos específicos donde se atendieron a todos los niños en cada uno de los barrios de la parroquia. Asistieron a la atención odontológica menores de 5 años de 14 barrios.
- **Paso 2:** Se registró físicamente la información en la historia clínica odontológica de odontopediatría, para determinar el diagnóstico del niño y el tipo de comportamiento según la escala de Frankl en niños menores de 5 años de la parroquia Manú, cantón Saraguro.
- **Paso 3:** Se subieron los datos obtenidos de la historia clínica odontológica a la Plataforma de Registro de Atención en Salud (PRAS) del Ministerio de Salud Pública (MSP), luego se guardó y descargó la información de cada niño/a menor de 5 años.

#### **5.4.4 Procesamiento de Resultados**

Los datos obtenidos de la escala de Frankl, recopilados de la historia clínica odontológica de odontopediatría fueron procesados en el programa SPSS Statistics v.28.0.0.0, en el cual se organizaron las variables de estudio que fueron: Grupo etario (de 0 a 1 año, 2 a 3 años y de 4 a 5 años) y el tipo de comportamiento según la escala de Frankl (Tipo 1, Tipo 2, Tipo 3, Tipo 4); datos que permitieron obtener los resultados y dar respuesta a cada objetivo.

Posteriormente, se aplicó la prueba no paramétrica de Rho de Spearman, para medir el grado de asociación entre las dos variables, tipo de comportamiento según la escala de Frankl y la edad de los niños, comprobando si existe correlación entre ambas.



## 6. Resultados

### Análisis de resultados

**OBJETIVO GENERAL:** Determinar los tipos de comportamiento según la escala de Frankl presentados en los niños menores de cinco años de edad de la parroquia Manú, durante la atención odontológica.

**Tabla 3. Frecuencia del tipo de comportamiento según la escala de Frankl**

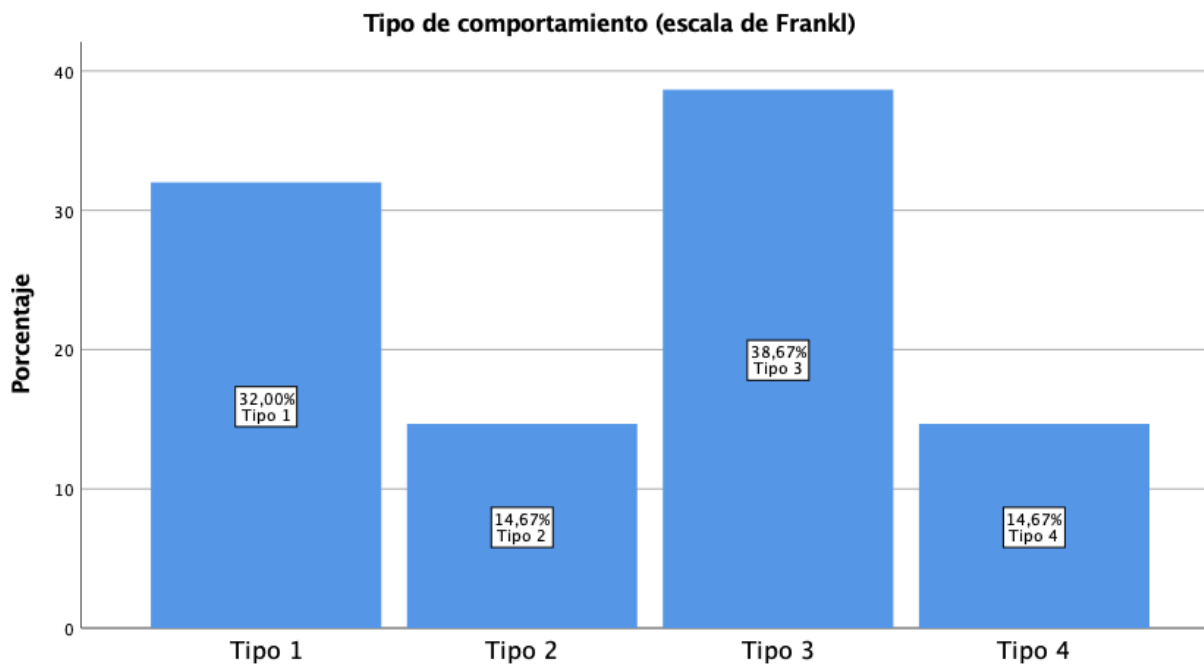
Tipo de comportamiento (escala de Frankl)		
	Frecuencia	Porcentaje válido
Válido	Tipo 1 Definitivamente negativo	24 32,0
	Tipo 2 Negativo	11 14,7
	Tipo 3 Positivo	29 38,7
	Tipo 4 Definitivamente positivo	11 14,7
	Total	75 100,0

**Nota:** Existe mayor frecuencia en el comportamiento tipo 3

**Fuente:** Investigación directa (2022)

**Elaborado por:** Sara Mishel Armijos Pineda

**Gráfico 2. Frecuencia del tipo de comportamiento según la escala de Frankl**



***Interpretación de resultados***

A través de la investigación realizada se obtuvo que existe mayor frecuencia del, tipo 3 (Comportamiento positivo) según la escala de Frankl con 38. 7%, seguido del tipo 1 (Comportamiento definitivamente negativo) con 32%, en los niños menores de 5 años de la parroquia de Manú.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Relacionar la edad del paciente pediátrico con el tipo de comportamiento positivo según la escala de Frankl; relacionar la edad del paciente pediátrico con el tipo de comportamiento negativo según la escala de Frankl.

**Tabla 4. Relación de los tipos de comportamiento según la escala de Frankl con respecto a la edad**

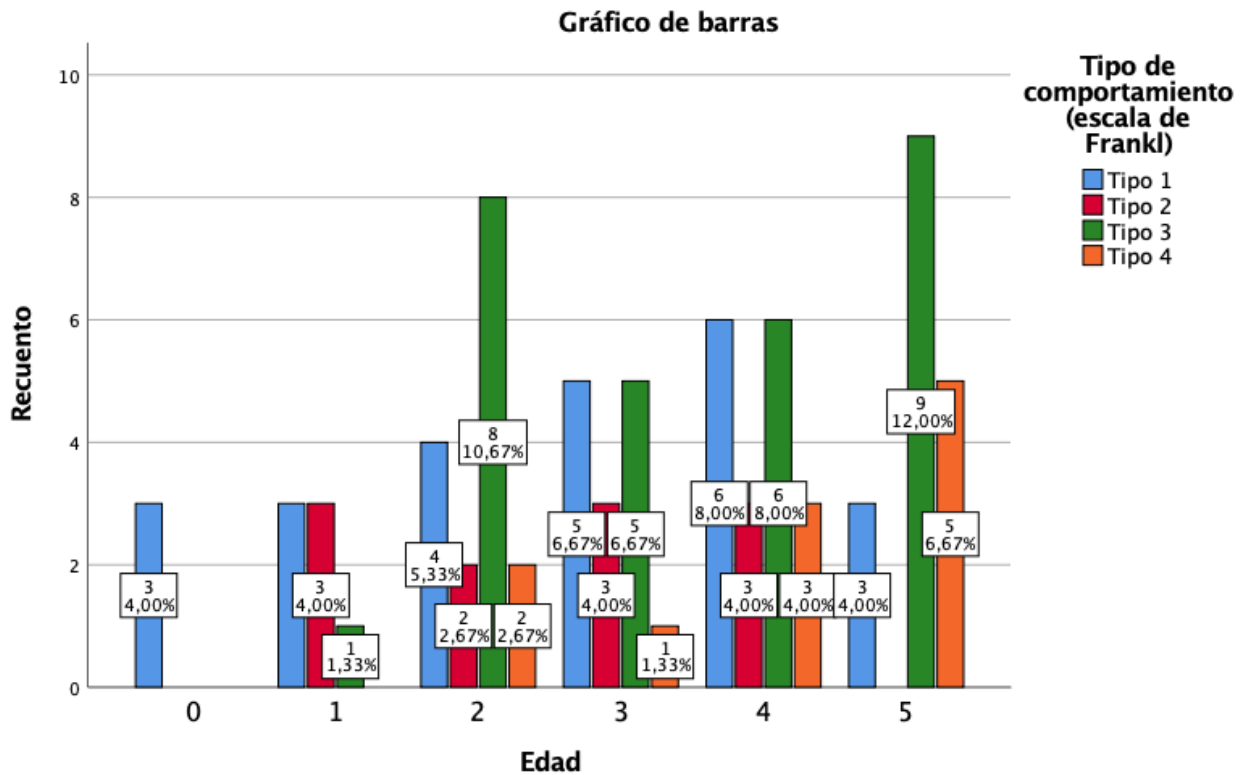
			Tipos de comportamiento (escala de Frankl)				Total
			Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3	Tipo 4	
Edad	0	Recuento	3	0	0	0	3
		% dentro de Edad	4%	0,0%	0,0%	0,0%	4%
	1	Recuento	3	3	1	0	7
		% dentro de Edad	4%	4%	1.3%	0,0%	9.3%
	2	Recuento	4	2	8	2	16
		% dentro de Edad	5.3%	2.7%	10.7%	2.7%	21.4%
	3	Recuento	5	3	5	1	14
		% dentro de Edad	6.6%	4%	6.7%	1.3%	18.6%
	4	Recuento	6	3	6	3	18
		% dentro de Edad	8%	4%	8%	4%	24%
	5	Recuento	3	0	9	5	17
		% dentro de Edad	4%	0,0%	12%	6.7%	22.7%
	Total	Recuento	24	11	29	11	75
		% dentro de Edad	32,0%	14,7%	38,7%	14,7%	100,0%

*Nota.* El tipo 3 es el comportamiento más frecuente en la edad de 5 años

Fuente: Investigación directa (2022)

Elaborado por: Sara Mishel Armijos Pineda

**Gráfico 3. Relación de los tipos de comportamiento según la escala de Frankl con respecto a la edad**



***Interpretación de resultados***

Al realizar la relación de los tipos de comportamiento según la escala de Frankl con respecto a la edad de los niños se pudo constatar una frecuencia mayor del tipo 3 (comportamiento positivo) en la edad de 5 años con un porcentaje de 12 %, además de que existe una frecuencia no mayor, pero sí importante en la edad de 2 años con un porcentaje de 10.67%, asimismo se evidencia un porcentaje significativo en la edad de 1 año con un porcentaje de 4 % tanto en el tipo 1 (comportamiento definitivamente negativo) y tipo 2 (comportamiento negativo).

**OBJETIVO ESPECÍFICO:** Determinar la técnica de manejo de conducta según la escala de Frankl

**Tabla 5. Técnicas de manejo de conducta para cada tipo de comportamiento según la escala de Frankl**

Técnica de manejo de conducta para cada tipo de comportamiento según la escala de Frankl	
Tipo de comportamiento	Técnica de manejo
Tipo 1 (Definitivamente negativo)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Visita preliminar</li> <li>- Estabilización protectora</li> <li>- Presencia de los padres</li> <li>- Técnicas farmacológicas (Basso, 2021)</li> </ul>
Tipo 2 (Negativo)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Visita preliminar</li> <li>- Inmovilización pasiva</li> <li>- Control de voz</li> <li>- Refuerzo negativo               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Distracción</li> </ul> </li> <li>- Decir-mostrar-hacer</li> <li>- Presencia de los padres</li> <li>- (Chavarría Torres &amp; Velázquez Mendoza, 2005)</li> </ul>
Tipo 3 (Positivo)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Visita preliminar</li> <li>- Refuerzo positivo</li> <li>- Distracción</li> <li>- Decir-mostrar hacer</li> <li>(Chavarría Torres &amp; Velázquez Mendoza, 2005)</li> </ul>
Tipo 4 (Definitivamente positivo)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reforzamiento positivo</li> <li>(Chavarría Torres &amp; Velázquez Mendoza, 2005)</li> </ul>

Fuente: (Chavarría Torres & Velázquez Mendoza, 2005); (Basso, 2021)

Elaborado por: Sara Mishel Armijos Pineda

### ***Interpretación de resultados***

Al realizar la tabla se puede constatar que cada técnica de manejo de conducta tiene relación con el tipo de comportamiento del niño, entre las técnicas de manejo la más usada es la técnica decir-mostrar-hacer y la visita preliminar siendo posible usarlas en más de un tipo de comportamiento

**Tabla 6. Prueba no paramétrica de Rho de Spearman, relación entre la edad y el comportamiento según la escala de Frankl**

		Comportamiento según la escala de Frankl	Edad
Rho de Spearman	Comportamiento según la escala de Frankl	Coefficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	.
		N	75
	Edad	Coefficiente de correlación	0,318**
		Sig. (bilateral)	0,005
		N	75

Fuente: Investigación directa (2022)  
 Elaborado por: Sara Mishel Armijos Pineda

***Interpretación de resultados***

En los siguientes datos se puede evidenciar la correlación entre edad y comportamiento según la escala de Frankl donde se obtuvo una significativa menor al 0,05 requerido, siendo este de un 0,005 y de esta manera se está demostrando que existe una correlación baja entre las variables y signo positivo es decir a mayor edad mejora el comportamiento.

## 7. Discusión

Martínez (2014) y Álvarez (2012) estudiaron el comportamiento odontológico en niños de 4 a 8 años y de 3 a 6 años de edad respectivamente, obteniendo resultados con un mayor porcentaje al tipo 4 de comportamiento en niños de 6 a 8 años según la escala de Frankl, donde concluyeron que mientras mayor es la edad del niño mejor es su comportamiento en la consulta dental teniendo relación con el presente proyecto ya que según los resultados obtenidos, los niños de 5 años muestran un comportamiento tipo 3 es decir positivo frente a la consulta dental.

(Ortiz Malusin, 2020) en su investigación menciona que en la Clínica de Odontopediatría en donde fue aplicada la escala de Frankl los niños presentan un incidencia de 54.90% con un comportamiento "positivo" y tan solo 18.30% "negativo", así mismo el Departamento de Odontología Pediátrica, Universidad de Ciencias Médicas de Tabriz-Irán evidencia en 196 niños y niñas de 1- 4 años comportamiento definitivamente negativo con un porcentaje de 65%, negativo con 30%, en edad de 4 a 5 años comportamiento definitivamente negativo con un porcentaje de 36.1%, negativo 34.4%, en el proyecto de vinculación realizado en la parroquia Manú, se aplicó la escala de Frank en 74 niños y niñas, la edad de 5 años presenta la incidencia de comportamiento positivo con un porcentaje de 12%, en la edad de 2 años comportamiento positivo con un porcentaje de 10.67% .

(Shinohara et al., 2005) en su estudio menciona que los niños de 3 a 4 años tienen una baja prevalencia de miedo dental atribuyendo esto a la falta de madurez cognitiva es decir no se tiene una percepción clara de miedo real por lo que presentan un comportamiento positivo señalando a la edad de 5 a 6 años como una edad crítica para la aparición del temor odontológico, en el proyecto de vinculación que realizamos en la parroquia Manú difiere de lo mencionado ya que los niños de 5 años de la parroquia Manú presentaron menos miedo dental por ende mostraron un comportamiento positivo frente a la consulta dental mientras que los niños de 1 año presentaron mayor miedo dental por lo cual presentaron comportamiento negativo.

(Lopera Ossa et al., 2013) en su estudio menciona que la técnica de manejo de comportamiento más utilizada por los estudiantes de la Universidad Cooperativa de Colombia fue decir-mostrar-hacer siendo empleada en un comportamiento positivo mientras que en un comportamiento negativo fue la restricción física. Bartolomé Villar et al. (2020) en su estudio menciona que la técnica convencional más utilizada por los odontólogos fue decir-mostrar-hacer

además del refuerzo positivo, control de voz, desensibilización e imitación mientras que las técnicas avanzadas como restricción física y anestesia general fueron las menos usadas.



## 8. Conclusiones

En base a los resultados se puede concluir:

- Al determinar el tipo de comportamiento en los niños menores de 5 años de la parroquia Manú se evidencio que existe mayor frecuencia del comportamiento tipo 3 (Positivo) según la escala de Frankl es decir que los niños son cooperadores, se muestran con dudas respecto a el procedimiento que se va realizar, pero están predispuesto a seguir indicaciones, son reservados pero colaboradores.
- Se concluyó que la edad de los niños está relacionada con el tipo de comportamiento, ya que en el presente estudio se determinó que a la edad de 5 años mostraron comportamiento tipo 3 (positivo) lo que está relacionado con la comprensión del tipo de tratamiento odontológico por lo cual se torna un paciente colaborador, mientras que los niños de 1 año presentaron comportamiento negativo tipo 2 (negativo) por lo que se necesita aplicar diferentes técnicas de manejo de conducta, determinando así que a medida que la edad aumenta mejora el comportamiento.
- Se pudo determinar que la técnica de manejo de conducta más usada, es decir-mostrar-hacer y la visita previa pudiendo ser aplicadas en más de un tipo de comportamiento siendo técnicas que pueden mejorar y cambiar la conducta del niño pasando de ser poco colaborador a colaborador.

## **9. Recomendaciones**

- Se recomienda a los odontólogos y estudiantes de odontología capacitarse sobre las técnicas de manejo de conducta para cada tipo de comportamiento con el fin de saber cómo actuar de acuerdo a la edad del niño.
- Informar a los padres la importancia de que los niños asistan a temprana edad al odontólogo además de educarlos sobre cómo deben comunicarse con los niños para evitar infundir el miedo a la consulta odontológica
- Realizar más estudios relacionados con el tipo de comportamiento de pacientes pediátricos aplicando distintas escalas de comportamiento y diferentes técnicas de distracción las cuales sean actuales y se utilizan nuevos instrumentos.

## 10. Bibliografía

- Alvarez, Pinto, Rezende, Carvalho, Bönecker, P. (2010). Propuestas no-farmacológicas de manejo del comportamiento en niños. *Re. Estomatol Herediana*, 20(2), 101–106.
- Alvarez, Z. (2012). *Evolución de la conducta según la escala de Frankl en niños de 4 a 8 años que acuden a consulta al posgrado de odontopediatría de la FMUAQ*. 52.  
<https://www.ptonline.com/articles/how-to-get-better-mfi-results>
- Amaíz Flores, A. (2016). Abordaje de la ansiedad del paciente adulto en la consulta odontológica. *Odontología Vital*, 24, 21–28.
- Annadinin Aimé de Bilbao, Morella Figueroa de Garzón, R. S. de A. (2021). *Estrategias psicoconductuales en la consulta odontopediátrica*. 1–450.
- Arrieta Vergara, K., Díaz Cárdenas, S., Verbel Bohórquez, J., & Hawasly Pastrana, N. (2013). Factores asociados a sintomatología clínica de miedo y ansiedad en pacientes atendidos en Odontología. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 6(1), 17–24.  
<https://doi.org/10.4321/s1699-695x2013000100004>
- Bartolomé Villar, B., Vilar Rodríguez, C., & Cañizares, V. (2020). Técnicas en el manejo de la conducta del paciente odontopediátrico. *Científica Dental: Revista Científica de Formación Continuada*, 17(1), 27–34.  
[https://coem.org.es/pdf/publicaciones/cientifica/vol17num1/conducta\\_odontopediatrico.pdf](https://coem.org.es/pdf/publicaciones/cientifica/vol17num1/conducta_odontopediatrico.pdf)
- Basso, M. L. (2021). Sobre técnicas y estrategias para el manejo y guía de la conducta en odontología pediátrica. Análisis de la literatura. *Revista de La Asociación Odontológica Argentina*. <https://doi.org/10.52979/raoa.1129>
- Boj, & J.R. (2011). *ODONTOPEDIATRIA-BOJ.pdf*.
- Calero, I., Aristizabal, L., & Villavicencio, J. (2012). Manejo y comportamiento de la niñez

temprana en la práctica odontológica. *Rev. Estomat.*, 20(1), 45–49.

<https://pdfs.semanticscholar.org/e8e2/9a6708297fe3a04f3507a90a7ebf8507f32f.pdf>

Chavarría Torres, B. S., & Velázquez Mendoza, H. R. (2005). *Técnicas de control de la conducta empleada por los odontólogos de León. Monografía.*

DEXTRE, S. (2018). *Influencia del nivel socioeconómico sobre la conducta ansiosa del niño en la consulta odontológica.* 1–71.

[http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/5909/TESIS\\_AYLLON  
AMASIFUEN.PDF?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/5909/TESIS_AYLLON_AMASIFUEN.PDF?sequence=1&isAllowed=y)

Escobar, F. (2004). *Odontológica pediátrica.*

Guarderas, V. A. (2016). ACTITUD DE LOS PADRES Y SU INTERFERENCIA EN LA PRIMERA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA DE LA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS. *Nature Methods*, 7(6), 2016.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26849997><http://doi.wiley.com/10.1111/jne.12374>

4

Hmud, R., & Walsh, L. J. (2018). Clinical Dental Anxiety : Causes , Complications and Management Approaches. *International Dentistry*, 9(5), 6–14.

Josefa, P., & Medina, P. (1998). *Adaptación del niño a la consulta odontológica.* 1–11.

LEÓN, C. D. F. C. DE. (2012). *Nivel de ansiedad que se manifiesta ante un tratamiento odontológico.* 3(September), 1–47.

Lima, M., & Casanova, Y. (2006). Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico. *Humanidades Médicas*, 6(1), 21.

Lopera Ossa, M. P., Cardeño Chaverra, V., Muñetones Correa, D., Serna Salazar, E., Díaz Garavito, M. V., & Bermúdez Reyes, P. (2013). Manejo de la conducta del paciente

pediátrico por estudiantes de la Facultad de Odontología, Universidad Cooperativa de Colombia, Medellín, 2012. *Revista Nacional de Odontología*, 9(16), 59–65.

<https://doi.org/10.16925/od.v9i16.11>

López, V., Alejandra, A., Larrea, P., & Fernando, J. (2016). *Análisis de los niveles de ansiedad en niños, frente a terapia pulpar en la UCSG “A-2016.”*

Medina, S. P. (2015). *Efecto de la distracción audiovisual como método para disminuir la ansiedad en niños de 5 a 6 años durante el tratamiento odontológico en la clínica de la Universidad de las Américas*. 64. [http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/3957/1/UDLA-EC-TOD-2015-25\(S\).pdf](http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/3957/1/UDLA-EC-TOD-2015-25(S).pdf)

Munayco Pantoja DDS, E. R., Mattos-Vela DDS, MSc, PhD, M. A., Torres Ramos DDS, MSc, PhD, G., & Blanco Victorio DDS, MSc, D. J. (2018). Relación entre ansiedad, miedo dental de los padres y la colaboración de niños al tratamiento odontológico. *Odovtos - International Journal of Dental Sciences*, 20(3), 97–107.

<https://doi.org/10.15517/ijds.2018.33332>

Ortiz Malusin, I. O. (2020). VALORACIÓN DE TIPOS DE COMPORTAMIENTO SEGÚN LA ESCALA DE FRANKL PRESENTADOS EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRÍA UNIANDES PERIODO 2019-2020. *Applied Microbiology and Biotechnology*, 2507(1), 1–9.

<https://doi.org/10.1016/j.solener.2019.02.027><https://www.golder.com/insights/block-caving-a-viable-alternative/>

Palomero Gil, C. (2016). *La ansiedad en la experiencia odontopediátrica* [Universidad de Salamanca]. <https://doi.org/10.14201/gredos.128492>

Podesta, M. E. (2013). *Odontología para bebés La odontología*. 10(8).

- Prieto, P. P. (2011). *ESTUDIO DE LA ANSIEDAD Y EL MIEDO DENTAL EN UNA MUESTRA DE UNIVERSITARIOS DE DIFERENTES LICENCIATURAS* (Issue July).
- Reis, F., Dias, M. D. R., & Leal, I. (2008). A consulta no setting odontopediátrico: A percepção subjectiva do medo. *Análise Psicológica*, 26(2), 239–250. <https://doi.org/10.14417/ap.491>
- Ríos, E. M., Ronda Herrera, R., & Rojas, A. G. (2014). Ansiedad dental: Evaluación y tratamiento. *Avances En Odontoestomatología*, 30(1), 39–46. <https://doi.org/10.4321/S0213-12852014000100005>
- Rodríguez, S., Pinto, F., & Alcocer, J. (2009). *Técnicas de atención y control de conducta en el paciente infantil*. 58–69.
- Rojas, M. A. (2017). *El profesionalismo en la formación odontológica*. 2017(cc).
- Sánchez Navarrete, S. C. (2018). *Tipos de comportamiento según la escala de frankl presentados en los pacientes atendidos en la clínica de odontopediatria de la facultad piloto de odontología*. <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/48552/1/MALOkaren3266.pdf>
- Shinohara, S., Nomura, Y., Ide, M., Idaira, Y., Moriyasu, K., Takahashi, T., Takano, F., Ikeda, T., Ohno, K., & Asada, Y. (2005). The classification of the children by their behavior for the dental treatment using cluster analysis. *Pediatric Dental Journal*, 15(2), 191–194. <https://doi.org/10.11411/pdj.15.191>
- Sias, S. S., Ayala, C. de la L., & Pichardo, V. A. (2018). El dibujo como medio de evaluación del miedo/ansiedad en niños de 5 a 8 años en atención dental. Estudio descriptivo. *Revista de Odontopediatria Latinoamericana*, 8(2), 15. <https://doi.org/10.47990/alop.v8i2.155>
- Torres, K. (2019). “*Nivel de ansiedad de los niños de 5 a 8 años de edad en la consulta odontológica con o sin manejo de técnicas de distracción* .” 1–75.
- Vallejo Nataly. (2017). “*NIVELES DE ANSIEDAD Y MIEDO A LA CONSULTA*

*ODONTOLÓGICA EN NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS DE EDAD DE LA ESCUELA '21 DE ABRIL' MEDIANTE EL MÉTODO DE VENHAM."*

## **11. ANEXOS**

### **Anexos A. Objetivos**

#### **Objetivo General**

- Determinar los tipos de comportamiento según la escala de Frankl presentados en los niños menores de cinco años de edad de la parroquia Manú, durante la atención odontológica.

#### **Objetivos Específicos**

- Relacionar la edad del paciente pediátrico con el tipo de comportamiento positivo según la escala de Frankl.
- Relacionar la edad del paciente pediátrico con el tipo de comportamiento negativo según la escala de Frankl.
- Determinar la técnica de manejo de conducta según la escala de Frankl



## Anexos B. Certificado de pertinencia del trabajo de integración curricular



Loja 15 agosto del 2022

Odt. Esp. Susana González Eras

DIRECTORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA FSH-UNL

Con un cordial saludo, me dirijo a Usted con la finalidad de dar contestación MEMORÁNDUM N° 110-DCO-FSH-UNL en el que solicitarle emitir el informe de pertinencia sobre la estructura y coherencia del Proyecto titulado **"APLICACIÓN DE LA ESCALA DE FRANKL DURANTE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD DE LA PARROQUIA MANÚ, CANTON SARAGURO, DURANTE EL PERIODO 2022-2023"** de autoría de Sara Míchel Armijos Pineda estudiante de la Carrera de Odontología, Una vez revisado y modificado señaló que el Proyecto de tesis cuenta con todos los elementos establecidos en el Art. 135 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja por lo que emito la Pertinencia del mismo, particular que pongo a su conocimiento, para los fines pertinentes.



Odt. Esp. Diana Gahona Carrión.

DOCENTE DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA FSH-UNL

## Anexos C. Historia Clínica de Odontología de Odontopediatría y Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
ODONTOLOGIA  
FICHA CLINICA DE ODONTOPEDIATRIA

NUMERO DE HC.										FECHA:					
<b>1. DATOS GENERALES DEL PACIENTE</b>															
NOMBRE				APELLIDOS				SEXO		# DE HISTORIA CLINICA					
								M F							
FECHA DE NACIMIENTO:			EDAD:		DIRECCIÓN:			CIUDAD							
NOMBRE DEL PEDIATRA/MEDICO						TELÉFONO DEL PEDIATRA/MEDICO									
NOMBRE PADRE				TELÉFONO											
NOMBRE MADRE				TELÉFONO											
FECHA DE INICIO DEL TRATAMIENTO						FECHA DE TERMINO									
<b>2. MOTIVO DE CONSULTA:</b> ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSION DEL INFORMANTE															
<b>3. ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL:</b> SINTOMAS, CRONOLOGIA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CALSA APARENTE, SINTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL.															
<b>4. SIGNOS VITALES</b>															
FRECUENCIA RESPIRATORIA			TALLA			PESO			TEMPERATURA						
<b>5. ¿ESTA EN TRATAMIENTO MEDICO? :</b>															
<b>6. ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PREVIA? (edad y que tratamiento le han realizado)</b>															
<b>7. ¿ESTA TOMANDO ALGUN MEDICAMENTO?</b>															
<b>8. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES</b>															
ALERGIA ANTIBIOTICO		ALERGIA ANESTESIA		HEMORRAGIAS		DIABETES		ENF. CARDIACA		ASMA		HEPATITIS			
OTRAS ALÉRGICAS		FIEBRE REUMÁTICA		TUBERCULOSIS		EPILEPSIA		NEUMONIA		OTROS:					
<b>9. ANTECEDENTES PERINATALES:</b>						<b>10. ANTECEDENTES PRENATALES</b>									
<b>11. HOSPITALIZACIÓN:</b>						<b>12. TRAUMATISMO:</b>									
<b>13. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS :</b>															
<b>14. HÁBITOS</b>		SUCCION DIGITAL		ONICOFAGIA		BRUXISMO		SUCCION LABIAL		RESPIRADOR BUJAL		CHUPETE			
INTERPONE LINGUAL		INTERPONE LAS MEJILLAS		INTERPONE LOS LABIOS		HÁBITOS POSTURALES		RONQUIDOS		OTROS HÁBITOS BUCALES					
<b>15. GESTACIÓN :</b>				<b>MEDICACIÓN</b>				<b>PARTO A TERMINO</b>				<b>CESAREA</b>			
								DURACIÓN							
<b>16. LACTANCIA :</b>				MATERNA				DURACIÓN				ARTIFICIAL			
<b>17. COMPORTAMIENTO (ESCALA DE FRANKL)</b>															
TIPO 1				TIPO 2				TIPO 3				TIPO 4			
<b>ACTITUD DE LOS PADRES:</b>															
<b>18. EXAMEN CLINICO INTRAORAL</b>															
LENGUA															
PALADAR															
PISO DE LA BOCA															
CARRILLOS															
GLANDULAS SALIVALES															
ENCIAS															
OROFARINGE															
FRENILLOS															
<b>19. EXAMEN CLINICO EXTRAORAL</b>															
CARA															
ATM															
LABIOS															
GANGLIOS															
OBSERVACIONES:															
<b>20. EXAMEN CLINICO DE OCLUSIÓN</b>															
PERFIL						TIPO FACIAL									
CLASE DE ANGLE		TIPO I		TIPO II-1		TIPO II-2		TIPO III							
LLAVE CANINA		I		II		III									
DENTICIÓN		DECIDUA		MIXTA		PERMANENTE									
ESPACIOS		PRESENTES		AUSENTE		DIASTEMAS		PRESENTES		AUSENTE					
PRIMATES															
PLANO TERMINAL DE LOS MOLARES				TOPE A TOPE				MESIAL				DISTAL			
MORDIDA		NORMAL		ABIERTA		PROFUNDA		CRUZADA		DERECHA		IZQUIERDA			

LÍNEA MEDIA	COINCIDENTE	DESVIADA	SUPERIOR	INFERIOR	OVERJET
ATM	NORMAL	CLICK	DOLOR	MOVIMIENTOS LIMITADOS	

**ODONTOGRAMA**

**20. INDICADORES DE SALUD**

INDICE DE PLACA DE LOE SILNESS					HIGIENE BUCAL		CEPILLADO/DIA		FLUOROSIS		
DIENTE	SITIO				BUENA	REGULAR	SI	NO	LEVE	MODERADA	SEVERA
	D	V	M	P/L							
16	55										
11	51										
26	65										
36	75										
31	71										
46	85										
PROMEDIO											

**REGISTRO DE PLACA BACTERIANA**

PRIMER CONTROL FECHA: \_\_\_\_\_ SEGUNDO CONTROL FECHA: \_\_\_\_\_

VALOR: \_\_\_\_\_ VALOR: \_\_\_\_\_

1-30%	Bueno - aceptable	
31-60%	Regular	
61-100%	Malo	

1-30%	Bueno - aceptable	
31-60%	Regular	
61-100%	Malo	

**7 INDICADORES DE SALUD BUCAL**

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ESPERIEDAD PERIODONTAL			MAL OCLUSION			FLUOROSIS		
PIEZAS DENTALES				LEVE	MODERADA	SEVERA	ANGLE I	ANGLE II	ANGLE III	LEVE	MODERADA	SEVERA
16	17	55										
11	21	51										
26	27	65										
36	37	75										
31	41	71										
46	47	85										
TOTALES												

**8 INDICES CPO-ceo**

	c	p	e	o	Total
D					
d					

**9 SIMBOLOGIA DEL ODONTOGRAMA**

- \* rojo SELLANTE NECESARIO
- \* azul SELLANTE NECESARIO
- X rojo EXTRACCION INDICADA
- X azul PERDIDA POR CARIES
- ⊗ PERDIDA (DIFRA CALUSA)
- △ ENDODONCIA
- PROTESIS FSA
- PROTESIS REMOVIBLE
- ▭ PROTESIS TOTAL
- ▭ CORONA
- azul OBTURADO
- rojo CARIES





## CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha .....

Yo madre/ padre, otros.....autorizo al Dr.(a).....

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a). así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.

.....  
Firma del representante del niño.

Cl.....



Anexos D. Fotografías de la atención en la parroquia Manú







**Anexos E.** Ficha de recolección de datos


<b>N°</b>	<b>Nombres</b>	<b>Edad</b>	<b>Tipo de comportamiento (escala de Frankl)</b>
1	Abigail Aguirre Cabrera	3	Tipo 2
2	Aitana Renata Torres Cabrera	1	Tipo 3
3	Alan Israel Mendoza Cabrera	2	Tipo 1
4	Alejandro Dayer Armijos Ramón	4	Tipo 2
5	Alejandro Itzael Gonzales Alulima	4	Tipo 1
6	Alison Dariana Taday Macas	5	Tipo 3
7	Alison Yarexy Armijos Puglla	2	Tipo 3
8	Ambar Jamileth Ocho Ordoñez	3	Tipo 3
9	Andres Gadiel Salinas Armijos	2	Tipo 3
10	Andrés Leonel Armijos Segarra	4	Tipo 4
11	Angel Mauricio Salinas Toledo	3	Tipo 3
12	Angela Yulexa Torres Gonzales	0	Tipo 1
13	Antonela Estefania Torres Torres	3	Tipo 1
14	Axel Fernando Torres Torres	2	Tipo 1
15	Camilo Benjamin Coronel Pineda	4	Tipo 3
16	Cinthia Valentina Valdivieso Macas	5	Tipo 3
17	Claudio Vosus Torres Torres	1	Tipo 2


18	Cristell Valentina Torres Tituana	4	Tipo 3
19	Damaris Valentina Coronel Cabrera	3	Tipo 2
20	Dayra Lisbeth Torres Torres	4	Tipo 3
21	Dayra Sofia Batalla Gualan	3	Tipo 1
22	Deyber Damian Aguilar Ordoñez	4	Tipo 1
23	Deyber Paul Ordoñez Narvaez	0	Tipo 1
24	Diego Armando Sarango Ordoñez	4	Tipo 2
25	Dilan Gael Armijos Puya	5	Tipo 3
26	Edwin Gabriel Torres Gonzales	2	Tipo 2
27	Einar Geovany Cabrera Medina	3	Tipo 1
28	Emily Alejandra Gallegos Ordoñez	4	Tipo 3
29	Erick Javier Armijos Sarango	5	Tipo 4
30	Erik Fernando Sixcho Atariguana	4	Tipo 3
31	Estiben Adriel Jaramillo Armijos	3	Tipo 1
32	Evelyn Adriana Guatotoque Ordoñez	3	Tipo 2
33	Evelyn Estefania Armijos Gonzales	2	Tipo 3
34	Fatima Andrea Ordoñez Narvaez	1	Tipo 1
35	Francisco Gael Tachai Macao	2	Tipo 3

36	Genesis Stefania Polmo Cabrera	5	Tipo 3
37	Gisel Esthefany Ordoñez Ordoñez	1	Tipo 1
38	Jean Marcos Macas Narvaez	2	Tipo 4
39	Jhenny Lizbeth Japón Sigcho	4	Tipo 3
40	Jimena Fernanda Pineda Cabrera	2	Tipo 3
41	José Angel Labanda Armijos	3	Tipo 1
42	José Miguel Orellana Tituana	5	Tipo 3
43	Josselin Valentina Quituisaca Ojeda	2	Tipo 3
44	Juan Alexander Mendoza Correa	4	Tipo 1
45	Juan Andres Armijos Jimenez	2	Tipo 4
46	Juan Andrés Mendoza Carrión	4	Tipo 4
47	Juan Manuel Gonzales Zhingui	5	Tipo 3
48	Karina Rosibel Cabrera Medina	5	Tipo 1
49	Karla Katherine Serrano Sanmartin	5	Tipo 3
50	Kiara Maite Vasquez Angamarca	2	Tipo 1
51	Klever Antonio Cabrera Ortega	4	Tipo 1
52	Lady Gabriela Gonzalez Sigcho	5	Tipo 1
53	Leonardo Jaciel Morocho Guillén	5	Tipo 4
54	Liam Andres Armijos Puglla	0	Tipo 1
55	Luma Ema Toledo Armijos	3	Tipo 3
56	Madelin Isabelle Sandoval Puglla	2	Tipo 1
57	Maickel Alejandro Pinñola Maya	2	Tipo 3

58	Maicol David Torres Sarango	5	Tipo 3
59	Maikel Dael Jaramillo Torres	4	Tipo 1
60	Maily Samira Armijos Torres	3	Tipo 3
61	Maria Gabriela Ambuludi Segarra	5	Tipo 3
62	Mariela Mabel Pineda Cabrera	2	Tipo 3
63	Mayela Sofia Pezantes Lavanda	1	Tipo 2
64	Maykel Enmanuel Zhingui Torres	1	Tipo 2
65	Melany Martina Fierro Cabrera	1	Tipo 1
66	Miriam Cecibel Oedoñez Labanda	3	Tipo 3
67	Neymar de Jesús Murillo Torres	3	Tipo 4
68	Nixon Alejandro Malla Cabrera	5	Tipo 4
69	Paola Alejandra Mendoza Coronal	4	Tipo 1
70	Santiago Gabriel Salinas Zhingui	5	Tipo 4
71	Thalía Estefanía Serrano Salinas	4	Tipo 2
72	Thiago Josue Salinas Armijos	4	Tipo 4
73	Thiago Martin Mendoza Zhingui	5	Tipo 4
74	Yarely Dota Vera	2	Tipo 2
75	Yostin Gabriel Armijos Gonzalez	5	Tipo 1

Anexos F. Consentimientos informados

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO			
		Fecha	_____
Yo madre/ padre, otros <u>Marisol Hernández</u>	autorizo al Dr.(a) <u>Castroa Cevallos</u>		
<p>Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.</p> <p>Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.</p>			
			
Firma del representante del niño.			
CI. <u>1106343133</u>			

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO			
		Fecha	<u>16/02/23.</u>
Yo madre/ padre, otros <u>Grann Cueva</u>	autorizo al Dr.(a) _____		
<p>Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.</p> <p>Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.</p>			
			
Firma del representante del niño.			
CI. <u>1105317215</u>			

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha 16-02-2023

Yo madre/ padre, otros Inrely Sarango autorizo al Dr.(a) Fernanda Bustamante

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.



Firma del representante del niño.

CI 1105342764

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha 27-02-2023

Yo madre/ padre, otros Inés Pietsch autorizo al Dr.(a) Robert Pizarro

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.



Firma del representante del niño.

CI 015182044-6

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha 14-02-2023

Yo madre/ padre, otros Jimena Ochoa autorizo al Dr.(a) \_\_\_\_\_

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.

Firma del representante del niño.

CI 1105343543

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha 14-02-2023

Yo madre/ padre, otros Geibel Macas autorizo al Dr.(a) Angelo Benjamin

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.

Firma del representante del niño.

CI 1105958241

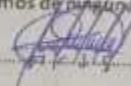
CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha .....

Yo madre/ padre, otros Marta autorizo al Dr.(a) .....  
30/11/17

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excludido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.



Firma del representante del niño.

CI 1150236303

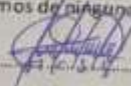
CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha .....

Yo madre/ padre, otros Marta autorizo al Dr.(a) .....  
30/11/17

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excludido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.



Firma del representante del niño.

CI 1150236303



CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha \_\_\_\_\_

Yo madre/ padre, otros \_\_\_\_\_ autorizo al Dr.(a) Adela Farez Ordoñez

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.

Adela Farez Ordoñez

Firma del representante del niño.

01150735056

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha \_\_\_\_\_

Yo madre/ padre, otros Maria Ochoa autorizo al Dr.(a) \_\_\_\_\_

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.

Maria Ochoa

Firma del representante del niño.

01 \_\_\_\_\_

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha 13/02/23

Yo madre/ padre, otros Edith Hoas autorizo al Dr.(a) \_\_\_\_\_

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.

Edith Hoas

Firma del representante del niño.

CI. 1105197993

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha 02/03/2023

Yo madre/ padre, otros Carmen Sigcho autorizo al Dr.(a) Jose Jumbo

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.

[Firma]

Firma del representante del niño.

CI. 0104971403

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha \_\_\_\_\_

Yo madre/ padre, otros Ena Cabina autorizo al Dr.(a) \_\_\_\_\_

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.

[Firma]

Firma del representante del niño.

C.I. 0106085077

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha \_\_\_\_\_

Yo madre/ padre, otros Ena Cabina autorizo al Dr.(a) \_\_\_\_\_

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.

[Firma]

Firma del representante del niño.

C.I. \_\_\_\_\_

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha \_\_\_\_\_

Yo madre/ padre, otros Rosa Salinas autorizo al Dr.(a) \_\_\_\_\_

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.

Rosa Salinas

Firma del representante del niño.

CI 0703697722

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha 12-02-2023

Yo madre/ padre, otros Rebeca Salinas autorizo al Dr.(a) \_\_\_\_\_

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.

Rebeca Salinas

Firma del representante del niño.

CI 1150679528



CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha 03-08-2022

Yo madre/ padre, otros Betha Tizaco autorizo al Dr.(a) Delena Echealde

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excludido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.



Firma del representante del niño.

Ci 0707017968

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha 03/08/2022

Yo madre/ padre, otros Catala autorizo al Dr.(a) Jaime Jilena

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excludido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.



Firma del representante del niño.

Ci 110521093-2

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha 02/08/2022

Yo madre/ padre, otros Carmen autorizo al Dr. (a) Ligia Rosales

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.

  
.....

Firma del representante del niño.

Ci 1104099B31

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha 01/08/2022

Yo madre/ padre, otros Mercy Novales autorizo al Dr. (a) Arribell Torres

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.

  
.....

Firma del representante del niño.

Ci 0107064073

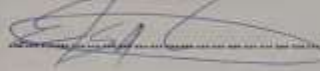
CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha .....

Yo madre/ padre, otros Elso Cobero autorizo al Dr.(a) Anabel Torres

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.



Firma del representante del niño.

Ci.....

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha 01-03-2021

Yo madre/ padre, otros Claudio Haza autorizo al Dr.(a) Valeria Ortiz

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.



Firma del representante del niño.

Ci. 1106110371

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha 01-07-2022

Yo madre/ padre, otros Sandra Ordóñez autorizo al Dr.(a) Valeria Ojeda

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.

[Firma]

Firma del representante del niño.

Ci. 1150787123

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha 01-07-2022

Yo madre/ padre, otros Eliás autorizo al Dr.(a) Areliz Sofía Giral Jiménez

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.

[Firma]

Firma del representante del niño.

Ci. 1500981957



CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha 01/08/2022

Yo madre/ padre, otros Yadira Ochoa autorizo al Dr.(a) Ashid Paule

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.

[Firma]

Firma del representante del niño.

01150387073

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha \_\_\_\_\_

Yo madre/ padre, otros Magda Ochoa autorizo al Dr.(a) Kevin Sarmiento

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.

[Firma]

Firma del representante del niño.

0706780079

### CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha \_\_\_\_\_

Yo madre/ padre, otros Magenta Ordóñez autorizo al Dr.(a) Kevin Serrano

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.

[Firma]  
Firma del representante del niño.

CI. 0706780079

### CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha 01/08/2022

Yo madre/ padre, otros Elsa Sabido autorizo al Dr.(a) Kevin Serrano

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.

[Firma]  
Firma del representante del niño.

CI. \_\_\_\_\_

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha \_\_\_\_\_

Yo madre/ padre, otros Dulce Zúñiga autorizo al Dr.(a) \_\_\_\_\_

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.

Dulce

Firma del representante del niño.

CI. 1104860349

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha 01/08/2027

Yo madre/ padre, otros Roselda autorizo al Dr.(a) Ligia Elena Paredes Córdova

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.

ROSELDA

Firma del representante del niño.

CI. 0704041995

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha 01/08/2022

Yo madre/ padre, otros Gladios Pineda autorizo al Dr.(a) Ligia Elena Paredes Cordova

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.

Gladios Pineda

Firma del representante del niño.

Ci. 110393117-6

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha 01/09/22

Yo madre/ padre, otros Janet autorizo al Dr.(a) Loise Villena

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.

Janet

Firma del representante del niño.

Ci. 1900880145



CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha 01/08/2022

Yo madre/ padre, otros Juan Ordóñez autorizo al Dr.(a) Ligia Elena Paredes Cordova

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.

[Firma]

Firma del representante del niño.

CI 1104620439

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha 02/08/2022

Yo madre/ padre, otros Erma Siqueira autorizo al Dr.(a) Araceli Torres

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.

[Firma]

Firma del representante del niño.

CI 0086332935

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha \_\_\_\_\_

Yo madre/ padre, otros Sandra Sigato autorizo al Dr.(a) \_\_\_\_\_

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.

Sandra Sigato

Firma del representante del niño.

01105342297

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha \_\_\_\_\_

Yo madre/ padre, otros Olaya Benitez autorizo al Dr.(a) \_\_\_\_\_

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.

Olaya Benitez

Firma del representante del niño.

0106901556

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha \_\_\_\_\_

Yo madre/ padre, otros Johanes Torre autorizo al Dr.(a) \_\_\_\_\_

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.

Firma del representante del niño.

CI 1105343873

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha \_\_\_\_\_

Yo madre/ padre, otros Angela Reyes autorizo al Dr.(a) \_\_\_\_\_

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.

Firma del representante del niño.

CI 1106017756

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha 12/02/23

Yo madre/ padre, otros Gissela Romero autorizo al Dr.(a) Diana Cochona

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.

0705007854

Mahila Romero

Firma del representante del niño.

CI 0705007854

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha 03/08/2022

Yo madre/ padre, otros Diana autorizo al Dr.(a) Loise Villena

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.

[Firma]

Firma del representante del niño.

CI 010565589-B




### CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Yo madre/ padre, otros Yessica Colares autorizo al Dr.(a) Ligia Elena Paredes Córdova Fecha 05/08/2022

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.

  
.....

Firma del representante del niño.

CI 1105343162.....



UNIDAD DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA H.CL. GENERAL

Loja, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_

HISTORIA CLÍNICA No. \_\_\_\_\_

YO.....con cédula de identidad No. .... En pleno uso de mis facultades mentales, independiente, declaro que:

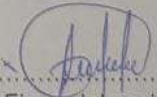
1. Estoy consciente de que necesito y acepto el siguiente plan de tratamiento odontológico de:
 

.....

.....

.....
2. He sido correctamente informado (a) que el tratamiento completo será realizado por un estudiante de la Carrera de Odontología de la UNL que en proceso de aprendizaje, bajo la supervisión de un Docente Tutor.
3. Proporcionaré información veraz y completa en el momento que el estudiante me realice la Historia Clínica. En caso de que omitiera algún dato en la misma, ni la Universidad Nacional de Loja, ni el estudiante se harán responsables de cualquier complicación de salud que presente antes, durante o después del tratamiento odontológico.
4. Se me ha comunicado sobre la naturaleza y propósito del tratamiento. Igualmente, que durante el tratamiento puede ocurrir algunas complicaciones o ciertos accidentes operatorios.
5. Se me ha informado que en caso de que no cumpliera adecuadamente con el cronograma de citas establecidas o indicadas proporcionadas por el estudiante, el pronóstico y el resultado de mis tratamientos puede complicarse o comprometerse.
6. Debido a que es una Unidad de Atención Odontológica docente autorizo, que los datos de la Historia Clínica, fotos, radiografías o demás exámenes complementarios; pueden ser usados para fines de estudio, investigación y publicación.
7. Acepto y autorizo a él/la estudiante; ..... para la ejecución del tratamiento.

.....  
Firma del Estudiante  
C.I.

  
.....  
Firma del paciente  
C.I. 0106277544

.....  
Firma del Tutor

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha 03-08-2022

Yo madre/ padre, otros Rosa Cabrera autorizo al Dr.(a) Ligia Elena Paredes Córdoba

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.

Rosa Cabrera

Firma del representante del niño.

CI 110462759

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha 02-08-2022

Yo madre/ padre, otros Maitha Cabrera autorizo al Dr.(a) \_\_\_\_\_

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.

Maitha Cabrera

Firma del representante del niño.

CI 110493321-1

### CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha 03-09-2023

Yo madre/ padre, otros Leonor Jimenez autorizo al Dr.(a) Henry Cabrea

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.

[Firma]

Firma del representante del niño.

01104651060

### CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha 09-08-2022

Yo madre/ padre, otros Andrés Muñoz autorizo al Dr.(a) \_\_\_\_\_

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.

[Firma]

Firma del representante del niño.

01105343667



CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha 23/08/2022

Yo madre/ padre, otros  Sandra  autorizo al Dr.(a)  Fernando

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.

Sandra Siquiera  
Firma del representante del niño.

C.I. 1105342292

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha 14/02/23

Yo madre/ padre, otros  Claudia Vargas  autorizo al Dr.(a)  Fernando Bustamante

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.

Claudia Vargas  
Firma del representante del niño.

C.I. 1103323125

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha \_\_\_\_\_

Yo madre/ padre, otros Logan Arango autorizo al Dr.(a) \_\_\_\_\_

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.

[Firma]

Firma del representante del niño.

Ci. 110534219-8

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha 02/07/22

Yo madre/ padre, otros Florencia Muzillo autorizo al Dr.(a) Paola Martinez

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.

[Firma]

Firma del representante del niño.

Ci. 0703408728

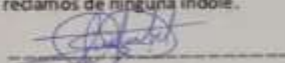
CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha 03-08-2012

Yo madre/ padre, otros Ximenc Nocho autorizo al Dr.(a) Emilano Abadino

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.



Firma del representante del niño.

01150068078

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha 03-08-2012

Yo madre/ padre, otros Carina Salinas autorizo al Dr.(a) David Cuerva

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.



Firma del representante del niño.

01106762652

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha \_\_\_\_\_

Yo madre/ padre, otros Diagny Elena autorizo al Dr.(a) \_\_\_\_\_  
Carra Viana

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.

\_\_\_\_\_

Firma del representante del niño.

CI 25013896

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha \_\_\_\_\_

Yo madre/ padre, otros Andrés autorizo al Dr.(a) \_\_\_\_\_  
San Martín

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.

\_\_\_\_\_

Firma del representante del niño.

CI 110352828-2



CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha 03/08/2022

Yo madre/ padre, otros Carla autorizo al Dr.(a) Valeria Ortiz

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.



Firma del representante del niño.

CI 110521093-2

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha 03/08/2022

Yo madre/ padre, otros Remondo Dominguez autorizo al Dr.(a) Ana Bell Torres

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.



Firma del representante del niño.

CI 110558488-3

### CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha 03/09/2022

Yo madre/ padre, otros Elvia autorizo al Dr.(a) Jaix Villera

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excludido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.



Firma del representante del niño.

C. 1150608316


### CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha 03/08/2022

Yo madre/ padre, otros Andro autorizo al Dr.(a) Jaix Barrios

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excludido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.



Firma del representante del niño.

C. 115082996

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha 03/08/2021

Yo madre/ padre, otros Galia autorizo al Dr.(a) Valerio Ortiz

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.

[Firma]

Firma del representante del niño.

C. 110521093-2

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha 03/08/2021

Yo madre/ padre, otros Jenny autorizo al Dr.(a) Villal

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.

[Firma]

Firma del representante del niño.

C. 1150604004



UNIDAD DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA  
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA H.CL. GENERAL

Loja, 02 de Agosto 2022

HISTORIA CLÍNICA No. \_\_\_\_\_

YO Livia Medina con cédula de identidad No. 1105741209 En pleno uso de mis facultades mentales, independiente, declaro que:

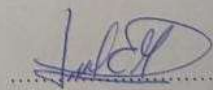
1. Estoy consciente de que necesito y acepto el siguiente plan de tratamiento odontológico de:

.....  
.....  
.....

- 2. He sido correctamente informado (a) que el tratamiento completo será realizado por un estudiante de la Carrera de Odontología de la UNL que en proceso de aprendizaje, bajo la supervisión de un Docente Tutor.
- 3. Proporcionaré información veraz y completa en el momento que el estudiante me realice la Historia Clínica. En caso de que omitiera algún dato en la misma, ni la Universidad Nacional de Loja, ni el estudiante se harán responsables de cualquier complicación de salud que presente antes, durante o después del tratamiento odontológico.
- 4. Se me ha comunicado sobre la naturaleza y propósito del tratamiento. Igualmente, que durante el tratamiento puede ocurrir algunas complicaciones o ciertos accidentes operatorios.
- 5. Se me ha informado que en caso de que no cumpliera adecuadamente con el cronograma de citas establecidas o indicadas proporcionadas por el estudiante, el pronóstico y el resultado de mis tratamientos puede complicarse o comprometerse.
- 6. Debido a que es una Unidad de Atención Odontológica docente autorizo, que los datos de la Historia Clínica, fotos, radiografías o demás exámenes complementarios; pueden ser usados para fines de estudio, investigación y publicación.

7. Acepto y autorizo a él/la estudiante: Selena Elizalde para la ejecución del tratamiento.

  
Firma del Estudiante  
C.I. 1105486599

  
Firma del paciente  
C.I. 1105741209

.....  
Firma del Tutor

## CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha .....

Yo madre/ padre, otros mi de autorizo al Dr.(a) Henry Paul Sison Rosib

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.

HP

Firma del representante del niño.

Ci. 1123533525





UNIDAD DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA H.CL. GENERAL

Loja, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_

HISTORIA CLÍNICA No: \_\_\_\_\_

YO Livia Medina con cédula de identidad No. 1105741209. En pleno uso de mis facultades mentales, independiente, declaro que:

1. Estoy consciente de que necesito y acepto el siguiente plan de tratamiento odontológico de:

.....  
.....  
.....

- 2. He sido correctamente informado (a) que el tratamiento completo será realizado por un estudiante de la Carrera de Odontología de la UNL que en proceso de aprendizaje, bajo la supervisión de un Docente Tutor.
- 3. Proporcionaré información veraz y completa en el momento que el estudiante me realice la Historia Clínica. En caso de que omitiera algún dato en la misma, ni la Universidad Nacional de Loja, ni el estudiante se harán responsables de cualquier complicación de salud que presente antes, durante o después del tratamiento odontológico.
- 4. Se me ha comunicado sobre la naturaleza y propósito del tratamiento. Igualmente, que durante el tratamiento puede ocurrir algunas complicaciones o ciertos accidentes operatorios.
- 5. Se me ha informado que en caso de que no cumpliera adecuadamente con el cronograma de citas establecidas o indicadas proporcionadas por el estudiante, el pronóstico y el resultado de mis tratamientos puede complicarse o comprometerse.
- 6. Debido a que es una Unidad de Atención Odontológica docente autorizo, que los datos de la Historia Clínica, fotos, radiografías o demás exámenes complementarios; pueden ser usados para fines de estudio, investigación y publicación.

7. Acepto y autorizo a él/la estudiante: Emiliano Abendaño para la ejecución del tratamiento.

.....  
Firma del Estudiante  
C.I.

  
Firma del paciente  
C.I. 1105741209

.....  
Firma del Tutor



UNIDAD DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA H.C.L. GENERAL

Loja, 22 de Agosto 2022

HISTORIA CLINICA No. \_\_\_\_\_

YO, Rosa Nel Amayas con cédula de identidad No. 1103969226 En pleno uso de mis facultades mentales, independiente, declaro que:

- 1. Estoy consciente de que necesito y acepto el siguiente plan de tratamiento odontológico de:
2. He sido correctamente informado (a) que el tratamiento completo será realizado por un estudiante de la Carrera de Odontología de la UNL que en proceso de aprendizaje, bajo la supervisión de un Docente Tutor.
3. Proporcionaré información veraz y completa en el momento que el estudiante me realice la Historia Clínica. En caso de que omitiera algún dato en la misma, ni la Universidad Nacional de Loja, ni el estudiante se harán responsables de cualquier complicación de salud que presente antes, durante o después del tratamiento odontológico.
4. Se me ha comunicado sobre la naturaleza y propósito del tratamiento. Igualmente, que durante el tratamiento puede ocurrir algunas complicaciones o ciertos accidentes operatorios.
5. Se me ha informado que en caso de que no cumpliera adecuadamente con el cronograma de citas establecidas o indicadas proporcionadas por el estudiante, el pronóstico y el resultado de mis tratamientos puede complicarse o comprometerse.
6. Debido a que es una Unidad de Atención Odontológica docente autorizo, que los datos de la Historia Clínica, fotos, radiografías o demás exámenes complementarios, pueden ser usados para fines de estudio, investigación y publicación.
7. Acepto y autorizo a él/la estudiante: David Ruviz para la ejecución del tratamiento.

Firma del Estudiante C.I.

Firma del paciente C.I. 1103969226

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha 03/08/2022

Yo madre/ padre, otros Maria Belen autorizo al Dr.(a) Ligia Elena Paredes Cordova

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.

[Firma]

Firma del representante del niño.

C107059694

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha 02/08/2022

Yo madre/ padre, otros Maribel Plasencia autorizo al Dr.(a) \_\_\_\_\_

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.

[Firma]

Firma del representante del niño.

C1104373244



### CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha \_\_\_\_\_

Yo madre/ padre, otros Marisol Cabeza autorizo al Dr.(a) Paola Martinez

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.

[Firma]

Firma del representante del niño.

CI. 1900581750

### CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha 02/08/2022

Yo madre/ padre, otros Dlga. Concha autorizo al Dr.(a) Astid Boule

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.

[Firma]

Firma del representante del niño.

CI. 0106901556

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha \_\_\_\_\_

Yo madre/ padre, otros C. J. R. S. autorizo al Dr. (a) \_\_\_\_\_

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.



Firma del representante del niño.

CI 110558503-6

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha 02/08/2022

Yo madre/ padre, otros M. J. M. A. autorizo al Dr. (a) \_\_\_\_\_

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.



Firma del representante del niño.

CI 110437324-4

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha 17-02-2023

Yo madre/ padre, otros Liliana Zúñiga autorizo al Dr.(a) Cristina Cevallos

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.

[Signature]

Firma del representante del niño.

CI. 1150609285

CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha

Yo madre/ padre, otros Thayja Argandoña autorizo al Dr.(a) Arabella Torres

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.

[Signature]

Firma del representante del niño.

CI. 1106173592

## CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Fecha 13-02-2023

Yo madre/ padre, otros Liliana Zúñiga autorizo al Dr.(a) Cristina Cevallos

Realizar el tratamiento odontológico que me han indicado y está escrito en el plan de tratamiento definitivo, así como el uso de técnicas psicológicas adecuadas previamente explicadas para el respectivo tratamiento odontológico de mi hijo. Certifico que he tenido la oportunidad de discutir las alternativas de tratamiento que corresponden con el caso de mi niño.

Además autorizo para que se le realice cualquier tipo de radiografías, fotografías, modelos y/o otros exámenes complementarios a mi hijo(a), así como también si el caso y lo amerita estos puedan ser publicados en una revista y/o trabajo científico. Me responsabilizo de la asistencia de mi hijo a la clínica en los horarios programados, de no hacerlo, lo comunicare lo antes posible. Al no asistir más de tres citas seguidas al tratamiento previsto sin notificación, puedo ser excluido de la atención, sin derecho a reclamos de ninguna índole.



Firma del representante del niño.

C.I. 1150609285

## Anexos G. Certificado de traducción

Certificación del idioma de inglés

Lic. Viviana Elizabeth Puglla Macas

**LICENCIADA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN EN LA ESPECIALIDAD DE IDIOMA INGLÉS, CON REGISTRO 1031-11-1052520 DE SENESCYT.**

CERTIFICA:

Que el documento aquí presentado es fiel traducción del idioma español inglés del resumen del Trabajo de Titulación **Aplicación de la escala de Frankl durante la atención odontológica a los niños menores de 5 años de edad de la parroquia Manú, cantón Saraguro, durante el periodo 2022-2023** autoría de **Sara Mishel Armijos Pineda** con número de cédula 1150060737, estudiante de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifico en honor a la verdad y autorizo a la interesada hacer uno del presente documento en lo que estime conveniente.

Loja, 05 de julio de 2023



Lic. Viviana Puglla

**LICENCIADA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN EN LA ESPECIALIDAD DE IDIOMA INGLÉS**