



**APRUEBA PROTOCOLO DE REFERENCIA  
Y CONTRARREFERENCIA DE  
RADIOLOGIA DENTOMAXILOFACIAL**

**RESOLUCION EXENTA N° 6594**

**PUNTA ARENAS,**

**28 JUN. 2018**

**VISTOS:** Los siguientes antecedentes; las facultades que me confiere el D.F.L. N° 1 del año 2005, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto N° 2.763 de 1979 y Leyes 18.933 y N° 18.469; Decreto N° 140 del 24 de Septiembre de 2004, que establece el Nuevo Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud; Resolución N° 1600/2008 de la Contraloría General de la República; la designación del cargo contenida en el Art 9° del D.S. N° 140/2004 y la Resolución Exenta N° 2736/16.03.2018 DSSM, Encomiéndose como Jefa del Departamento Subdirección de Gestión Asistencial a Dra. María Isabel Iduya Landa; Decreto Exento N° 83/12.04.2018 del Ministerio de Salud y su modificación contenida en el Decreto Exento 97/31.05.2018 de Ministerio de Salud, pone termino y establece orden de subrogancia al cargo de Director del Servicio de Salud Magallanes; los antecedentes tenidos a la vista;

**CONSIDERANDO**

1° Que la Red Asistencial de cada Servicio de Salud está constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenio con el Servicio de Salud respectivo, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población.

2° Que, según lo consigna el artículo 21 del DFL N° 1/2005, del Ministerio de Salud, a la Directora de Servicio le corresponderá la organización, planificación, coordinación y control de las acciones de salud que presten los establecimientos de la Red Asistencial del territorio de su competencia, para los efectos del cumplimiento de las políticas, normas, planes y programas del Ministerio de Salud.

3° En este sentido, el artículo 23 letra a) de la citada normativa, establece que la Directora de Servicio tendrá como atribución: "Velar y, en su caso, dirigir la ejecución de los planes, programas y acciones de salud de la Red Asistencial; como asimismo, coordinar, asesorar y controlar el cumplimiento de las normas, políticas, planes y programas del Ministerio de Salud en todos los establecimientos del Servicio.






4° Por su parte, la normativa mencionada, deja establecido que en cada Servicio de Salud existirá un Consejo de Integración de la Red Asistencial, en adelante el Consejo de Integración, de carácter asesor y consultivo, presidido por el Director del Servicio de Salud, al que le corresponderá asesorar al Director y proponer todas las medidas que considere necesarias para optimizar la adecuada y eficiente coordinación y desarrollo entre la dirección del Servicio, los hospitales y los establecimientos de atención primaria, sean éstos propios del Servicio o establecimientos municipales de atención primaria de salud. Asimismo, le corresponderá analizar y proponer soluciones en las áreas en que se presenten dificultades en la debida integración de los referidos niveles de atención de los usuarios.

5° Que, teniendo todos los antecedentes, se hace necesario aprobar el Protocolo de referencia y contrarreferencia de Radiología Dentomaxilofacial en los términos que se señalarán.

#### RESUELVO


1. **APRUÉBASE Y ACREDITASE**, a contar de la fecha de la presente Resolución, el siguiente Protocolo de referencia y contrarreferencia de Radiología Dentomaxilofacial cuyo texto es el siguiente:

	<b>NOMBRE Y APELLIDOS DEL PROFESIONAL</b>	<b>PROFESIÓN</b>	<b>ESTABLECIMIENTO Y UNIDAD DE DESEMPEÑO</b>	<b>FECHA</b>	<b>FIRMA</b>
Elaborado por	Dra. Susana Carrasco Paradis	Cirujano Dentista Encargada de Radióloga Dentomaxilofacial	C.R Dental Hospital Clínico Magallanes	25-05-2018	

Revisado por	Dra. Alejandra Carrasco Ban	Cirujano Dentista	Jefe C.R Dental del Hospital Clínico Magallanes	29-05-2018	
	Dra. Arlette Oyarzo Durán	Cirujano Dentista	Encargada Programa Odontológico, Dpto. Subdirección de Gestión Asistencial, Servicio de Salud Magallanes		
	Dra. María Cristina Díaz Muñoz	Médico Internista	Subdirectora Médica Dpto. Subdirección de Gestión Asistencial, Servicio de Salud Magallanes		
	Ana Godoy González	Enfermera	Jefa Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente, Servicio de Salud Magallanes		
Autorizado por	María Isabel Iduya Landa	Médico Internista	Presidenta del CIRA y Directora (S) Servicio de Salud Magallanes	28 JUN. 2018	 


### DISTRIBUCIÓN DE COPIAS

SERVICIO	CARGO
Dirección Servicio Salud Magallanes	Directora Servicio Salud Magallanes
Unidad Calidad DSSM	Unidad Calidad DSSM
Subdirección Gestión Asistencial SSM.	Jefe S.G.A./ DSSM
Subdirección de Gestión Asistencial SSM.	Encargada Programa Odontológico
Auditoría DSSM	Auditoría DSSM
Dirección Hospital Clínico Magallanes	Director Hospital Clínico Magallanes
Subdirección Médica HCM	Subdirector Médico HCM
Dirección Hospital de Natales	Director Hospital de Natales
Unidad Odontológica Hospital de Natales	Encargado Programa Odontológico Hospital Natales
Área Gestión Salud CORMUPA	Jefa Área Gestión Salud CORMUPA
CESFAM 18 de Septiembre	Directora CESFAM
CESFAM 18 de Septiembre	Encargado Programa Odontológico en CESFAM
CESFAM Mateo Bencur	Directora CESFAM
CESFAM Mateo Bencur	Encargada Programa Odontológico en CESFAM
CESFAM Tomás Fenton	Director de CESFAM
CESFAM Thomas Fenton	Encargado Programa Odontológico en CESFAM
CESFAM Carlos Ibañez	Directora CESFAM
CESFAM Carlos Ibañez	Encargada Programa Odontológico en CESFAM
CESFAM Juan Damianovic	Directora CESFAM
CESFAM Juan Damianovic	Encargada Programa Odontológico en CESFAM
CECOSF Mateo Bencur	Directora CECOSF
CECOSF Rio Seco	Directora CECOSF
Área Gestión Salud CORMUNAT	Jefa Área Gestión Salud CORMUNAT
CESFAM Juan Lozic	Director CESFAM
CESFAM Juan Lozic	Encargada Programa Odontológico en CESFAM
Hospital de Porvenir	Directora Hospital de Porvenir
Hospital de Porvenir	Encargado Programa Odontológico Hospital de Porvenir
Hospital Puerto Williams	Directora Hospital Puerto Williams
Hospital Puerto Williams	Encargado Programa Odontológico en Hospital
Posta San Gregorio	Encargado Posta
Posta Tehuelche	Encargado Posta
Posta Rio Verde	Encargado Posta
Posta Cerro Castillo	Encargado Posta
Posta Timaukel	Encargado Posta
Posta Dorotea	Encargada Posta
Posta Edén	Encargada Posta

 <p>Servicio de Salud Magallanes</p> <p>Ministerio de Salud</p> <p>Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente</p>		<p>Versión</p>	1	
		<p>Fecha elaboración</p>	30 DE MAYO 2018	
	<p>PROTOCOLO REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA RADIOLOGIA DENTOMAXILOFACIAL</p>		<p>Próxima Revisión Próxima Versión</p>	30 DE MAYO 2019 30 DE MAYO 2021
			<p>Número de Página</p>	PÁGINA 1 DE 10

## INDICE

I.	DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS	2
II.	INTRODUCCIÓN	2
III.	MAPA DE RED	2
IV.	OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS	3
V.	ÁMBITO DE APLICACIÓN	3
VI.	POBLACIÓN OBJETIVO	3
VII.	DEFINICIONES	3
VIII.	CARTERA PRESTACIONES RADIOLOGIA DENTOMAXILAR	5
IX.	REFERENCIA A RADIOLOGIA DENTOMAXILAR	5
X.	CONTRARREFERENCIA RADIOLOGIA DENTOMAXILAR	7
XI.	CONTACTO RADIOLOGIA DENTOMAXILAR HCM	8
XII.	FLUJOGRAMA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA RADIOLOGIA DENTOMAXILAR	9
XIII.	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN	10
XIV.	PLAN DE DIFUSIÓN A LA RED	10
XV.	BIBLIOGRAFÍA	10
XVI.	REGISTRO HISTÓRICO DE CAMBIOS	10

 <p>Servicio de Salud Magallanes</p> <p>Ministerio de Salud</p> <p>Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente</p>		<p>Versión</p>	<p>1</p>
		<p>Fecha elaboración</p>	<p>30 DE MAYO 2018</p>
	<p>PROTOCOLO REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA RADIOLOGIA DENTOMAXILOFACIAL</p>	<p>Próxima Revisión Próxima Versión</p>	<p>30 DE MAYO 2019 30 DE MAYO 2021</p>
		<p>Número de Página</p>	<p>PÁGINA 2 DE 10</p>

## I. DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS:

Los autores del presente documento declaran no tener conflicto de interés en la elaboración de este protocolo, tanto en su contenido como su posterior difusión dentro de los establecimientos pertenecientes a la Red Asistencial del Servicio de Salud Magallanes.

## II. INTRODUCCIÓN:

La especialidad de Radiología Dentomaxilofacial contribuye a mejorar la calidad de vida de los beneficiarios de la Red Asistencial del Servicio de Salud Magallanes, coadyudando en el diagnóstico clínico de las patologías dentomaxilares y cráneo facial, con las distintas técnicas que se pueden realizar con los equipos digitales disponibles en el Hospital Clínico Magallanes, permitiendo recuperar la función del sistema Estomatognático y la reinserción Bio –Psico – Social de nuestros usuarios.


## III. MAPA DE RED:

Como parte de la Red Asistencial que participa en el diagnóstico y derivación a la especialidad de Radiología Dentomaxilofacial, los siguientes establecimientos son los centros de salud pertenecientes a la Atención Primaria:

- CESFAM Dr. Juan Damianovic
- CESFAM 18 de Septiembre
- CESFAM Carlos Ibáñez
- CESFAM Dr. Mateo Bencur
- CESFAM Dr. Thomas Fenton
- CESFAM Juan Lozic
- CECOSF Dr. Mateo Bencur
- CECOSF Río Seco
- CECOSF Fortaleciendo Vidas
- Postas de Salud Rural

Y los Hospitales en sus distintos niveles de complejidad:

- Hospital Clínico Magallanes “ Dr. Lautaro Navarro Avaria”
- Hospital de Puerto Natales “Dr. Augusto Essmann Burgos”
- Hospital de Porvenir “Dr. Marco Antonio Chamorro”
- Hospital de Puerto Williams “Cristina Calderón”

 <p>Servicio de Salud Magallanes</p> <p>Ministerio de Salud</p> <p>Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente</p>		<p>Versión</p>	<p>1</p>
		<p>Fecha elaboración</p>	<p>30 DE MAYO 2018</p>
	<p>PROTOCOLO REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA RADIOLOGIA DENTOMAXILOFACIAL</p>	<p>Próxima Revisión Próxima Versión</p>	<p>30 DE MAYO 2019 30 DE MAYO 2021</p>
		<p>Número de Página</p>	<p>PÁGINA 3 DE 10</p>

#### IV. OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS:

##### A) OBJETIVO GENERAL

Establecer mecanismos para facilitar la derivación y contra derivación de pacientes entre los distintos niveles de atención de la Red Asistencial del Servicio de Salud Magallanes para la especialidad de Radiología Dentomaxilofacial.

##### B) OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar la cartera de servicios de la especialidad de Radiología Dentomaxilofacial a nivel secundario.
2. Definir criterios de priorización de las derivaciones como marco de referencia para los reguladores de las distintas listas de espera y Servicios de Urgencia de la Red.
3. Disminuir el número de derivaciones no pertinentes
4. Evitar la remisión de derivaciones duplicadas para un mismo paciente
5. Determinar las responsabilidades de cada actor durante el proceso.

#### V. ÁMBITO DE APLICACIÓN:


El presente protocolo debe ser aplicado por los odontólogos que se desempeñan en CESFAM, CECOSF, Postas de Salud Rural y Hospitales que conforman la Red Asistencial del Servicio de Salud Magallanes.

#### VI. POBLACIÓN OBJETIVO:

Usuarios beneficiarios de la Red Asistencial del Servicio de Salud de Magallanes.


#### VII. DEFINICIONES:

- **IC:** Interconsulta
- **SIC:** Solicitud de Interconsulta
- **HCM:** Hospital ClínicoMagallanes.
- **GES:** Garantía Explícita en Salud.
- **APS:** Atención Primaria de Salud.

 <p>Servicio de Salud Magallanes</p> <p>Ministerio de Salud</p> <p>Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente</p>		<p>Versión</p> <p>1</p>
		<p>Fecha elaboración</p> <p>30 DE MAYO 2018</p>
	<p>PROTOCOLO REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA RADIOLOGIA DENTOMAXILOFACIAL</p>	<p>Próxima Revisión Próxima Versión</p> <p>30 DE MAYO 2019 30 DE MAYO 2021</p>
		<p>Número de Página</p> <p>PÁGINA 4 DE 10</p>

- **RADIOLOGÍA DENTOMAXILOFACIAL:** Ciencia que engloba conocimientos relativos a la radiación en especial los rayos X para hacer un mejor diagnóstico y por consiguiente un mejor tratamiento para el paciente. La radiología odontológica se ocupa de generar imágenes del interior del macizo craneofacial mediante agentes físicos (Rayos X) y de utilizar estas imágenes para el diagnóstico y, en menor medida, para el pronóstico y el tratamiento de las enfermedades y hacer el seguimiento de los mismos y del desarrollo de las lesiones
- **PANORÁMICA U ORTOPANTOMOGRFÍA:** Técnica radiológica que muestra las estructuras óseas (maxilares, mandíbula, articulación temporomandibular y los dientes) del rostro del paciente en una sola imagen general.
- **TÉCNICAS PARA ATM:** Técnica extraoral que permite observar las articulaciones tóporomandibulares, que son las articulaciones que unen la mandíbula con el cráneo. Se utilizan cuando existen problemas al abrir o cerrar la boca o en casos de sintomatología dolorosa asociada a la función de masticar.
- **TELERRADIOGRAFÍA LATERAL DE CRÁNEO:** Técnica radiológica que se caracteriza por ser tomada a cierta distancia del paciente. La imagen que se obtiene será una vista lateral de la estructura ósea de la cara.
- **TELERRADIOGRAFÍA FRONTAL DE CRÁNEO POSTEROANTERIOR:** Técnica radiológica que se caracteriza por ser tomada a cierta distancia del paciente, el paciente está orientado de espaldas al tubo de rayos, es decir, mirando hacia el chasis.
- **TELERRADIOGRAFÍA FRONTAL DE CRÁNEO ANTEROPOSTERIOR:** Técnica radiológica que se caracteriza por ser tomada a cierta distancia del paciente, el paciente está orientado mirando de frente al tubo de rayos.
- **RADIOGRAFÍA DE SENOS PARANASALES:** Estudio imagenológico que usa rayos X para observar sus senos paranasales. Los senos paranasales son bolsas (cavidades) llenas de aire cerca del conducto nasal. Las radiografías usan una cantidad pequeña de radiación para crear imágenes de sus huesos y órganos internos.
- **RADIOGRAFÍA DE MANO (ESTUDIO DE LA EDAD ÓSEA):** Permite evaluar la velocidad a la que está madurando el esqueleto de un niño, lo cual ayuda a los médicos a diagnosticar afecciones que retrasan o aceleran su crecimiento y desarrollo físico. Los huesos de un niño, por ejemplo, los de los dedos de la mano y la muñeca, tienen "zonas de crecimiento" en ambos extremos denominadas, precisamente, cartílagos de crecimiento.
- **RETROALVEOLAR PERIAPICAL:** Muestra uno o varios dientes completos con el tejido óseo que los rodea. Esta radiografía muestra las estructuras con gran detalle permitiendo detectar alteraciones ya sea en los dientes, las restauraciones existentes y en los tejidos óseos adyacentes.
- **BITE WING (ALETA DE MORDIDA):** Técnica de radiografía intraoral que muestra en una película la imagen de las coronas de los molares o premolares, tanto inferiores como superiores. Se indica para ver si existen caries entre los dientes, caries bajo obturaciones, ajustes de restauraciones, sarro y reabsorciones óseas leves a moderadas.
- **DESLIZAMIENTO:** Consiste en una serie de 3 radiografías retroalveolares, tomadas para un mismo diente, pero desde ángulos diferentes. Se utiliza para estudiar la ubicación de un diente retenido o de una lesión



 <p>Servicio de Salud Magallanes</p> <p>Ministerio de Salud</p> <p>Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente</p>		<p>Versión</p> <p>1</p>
		<p>Fecha elaboración</p> <p>30 DE MAYO 2018</p>
	<p>PROTOCOLO REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA RADIOLOGIA DENTOMAXILOFACIAL</p>	<p>Próxima Revisión Próxima Versión</p> <p>30 DE MAYO 2019 30 DE MAYO 2021</p>
		<p>Número de Página</p> <p>PÁGINA 5 DE 10</p>

## VIII. CARTERA DE PRESTACIONES DE RADIOLOGIA DENTOMAXILOFACIAL:

### TÉCNICAS EXTRAORALES:

- Panorámica u Ortopantomografía
- Técnicas para ATM
- Telerradiografía lateral de cráneo
- Telerradiografía frontal de cráneo posteroanterior
- Telerradiografía frontal de cráneo anteroposterior
- Radiografía de Senos Paranasales
- Radiografía de mano

### TÉCNICAS INTRAORALES:

- Retroalveolar periapical
- Bite wing (aleta mordida)
- Deslizamiento

## IX. REFERENCIA A RADIOLOGIA DENTOMAXILOFACIAL:

### A. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Ser usuario de la Red Asistencial del Servicio de Salud de Magallanes
- Pacientes FONASA y/o PRAIS
- Considera a usuarios de todas las edades


### B. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes odontopediátricos y/o tutores no comprometidos y poco cooperadores.

### C. REQUISITOS SOLICITUD RADIOGRAFÍA

La solicitud debe estar completa según los siguientes campos o se declarará no pertinente (INDEPENDIENTE DEL FORMATO UTILIZADO EN LA APS):

1. Establecimiento asistencial de origen.
2. Datos del paciente:
  - Nombre del paciente con los dos apellidos

 <p>Servicio de Salud Magallanes</p> <p>Ministerio de Salud</p> <p>Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente</p>		<p>Versión</p> <p>1</p>		
		<p>Fecha elaboración</p> <p>30 DE MAYO 2018</p>		
	<p>PROTOCOLO REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA RADIOLOGIA DENTOMAXILOFACIAL</p>		<p>Próxima Revisión Próxima Versión</p> <p>30 DE MAYO 2019 30 DE MAYO 2021</p>	
			<p>Número de Página</p> <p>PÁGINA 6 DE 10</p>	

- Fecha de nacimiento
- RUT
- Número de teléfono de contacto (Idealmente 2)
- Correo electrónico en caso que tenga

3. Tipo de técnica radiográfica solicitada

4. Observaciones:

- Especificar número de dientes, zonas a examinar. Si se utiliza nomenclatura de dígitos correlativos escribir números con claridad; si se utiliza nomenclatura de dos dígitos ambos deben estar separados por un punto (claramente) para evitar confusiones. Si se utiliza nomenclatura con letra mayúscula para dientes temporales deben ser claras.
- Requerimiento de imprimir el examen solicitado.
- Antecedentes importantes del paciente (embarazo, discapacidad auditiva o de otro tipo)


5. Nombre, apellido y firma del Odontólogo que solicita la atención.

#### D. CRITERIOS PROPIOS DE LA ATENCIÓN

- La orden de radiografía debe ser presentada por el paciente u otra persona en Recepción del CR Odontológico del HCM (primer piso, edificio C) para solicitar su hora.
- Los exámenes radiográficos tienen un costo según tramo FONADA del paciente, el que deberá ser cancelado para poder agendar la hora. Si se requiere impresión de las imágenes (extraorales), se debe cancelar un valor adicional (\$1.500 por placa a mayo de 2018).
- Para la toma del examen, el paciente debe dirigirse el día y hora agendados al CR Imagenología (primer piso, edificio B) y presentarse sin aros, gargantillas, prótesis removibles, sujetadores de cabello (invisibles, trabas, colets, cintillos, tiburones, etc.), piercing en zona de cabeza y cuello u otro elemento metálico que pudiera interferir en la fidelidad de la imagen radiográfica.
- Pacientes menores de edad deben venir acompañados de un tutor, donde el odontólogo que refiere deberá transmitir claramente esta información al usuario.

#### E. CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN

- Pacientes Hospitalizados
- Pacientes con patologías de base que deben ser trasladados a otra ciudad para la correspondiente cirugía
- Pacientes próximos a recibir cirugía

 <p>Servicio de Salud Magallanes</p> <p>Ministerio de Salud</p> <p>Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente</p>		Versión	1
		Fecha elaboración	30 DE MAYO 2018
	<b>PROTOCOLO REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA RADIOLOGIA DENTOMAXILOFACIAL</b>	Próxima Revisión Próxima Versión	30 DE MAYO 2019 30 DE MAYO 2021
		Número de Página	PÁGINA 7 DE 10

- Traumatismos Dentoalveolares
- Situaciones especiales coordinadas en forma directa o personalmente entre profesionales relacionados y/o con Jefatura del C.R Odontológico.
- Usuarios derivados desde servicio de urgencia (CESFAM u Hospitales de la Red Asistencial), relacionado con traumatismo dentoalveolar o infección de origen odontogénico

**NOTA:**


En el caso que el odontólogo tratante necesite dar prioridad a la toma del examen, debe escribir en la orden de radiografía que se solicita de manera URGENTE

**F. CAUSALES DE SUSPENSIÓN DE LA TOMA DE EXAMEN RADIOLÓGICO**

- No haber realizado el pago correspondiente con anterioridad en SOME del CR Odontológico.
- 2 inasistencias sin justificación previa
- 2 retrasos mayores a 15 min. (En este punto se aplicará criterio dependiendo de la justificación que manifieste el paciente)
- Solicitudes o IC con datos incompletos tanto del paciente, tipo de radiografía solicitada como también del profesional que solicita el examen.


**X. CONTRARREFERENCIA RADIOLOGIA DENTOMAXILOFACIAL:**

- Las radiografías digitales están disponibles inmediatamente en el sistema SIDEXIS para Todos los Odontólogos que trabajan en el Hospital Clínico Magallanes. Para los pacientes derivados desde APS Punta Arenas las imágenes serán remitidas al correo [rx.modulodental@cormupa.cl](mailto:rx.modulodental@cormupa.cl)
- En todos los casos las radiografías pueden entregarse al usuario en un pendrive (que debe traer el paciente) o pueden ser enviadas a su correo electrónico.
- En los casos solicitados, las radiografías extraorales se entregarán de manera impresa en placa de acetato, la cual tiene un valor asociado, independiente de la previsión del paciente. (Valor aproximado \$1.500)

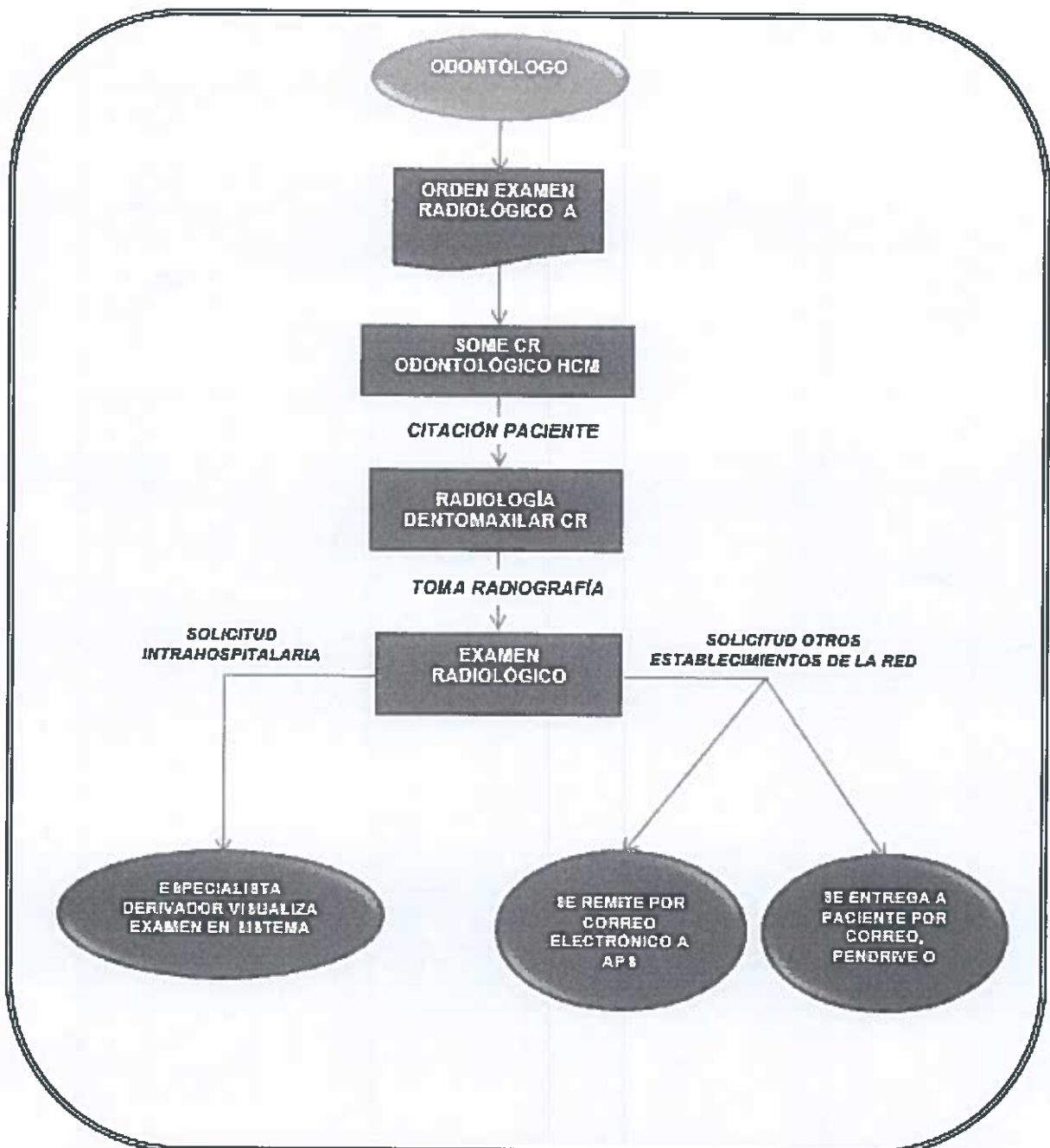
 Servicio de Salud Magallanes  Ministerio de Salud  Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente		Versión	1
		Fecha elaboración	30 DE MAYO 2018
	PROTOCOLO REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA RADIOLOGIA DENTOMAXILOFACIAL	Próxima Revisión Próxima Versión	30 DE MAYO 2019 30 DE MAYO 2021
		Número de Página	PÁGINA 8 DE 10


**XI. CONTACTO ODONTÓLOGO REGULADOR DE LA ESPECIALIDAD DE RADIOLOGIA DENTOMAXILOFACIAL EN EL HOSPITAL CLINICO MAGALLANES**

ESTABLECIMIENTO	CONTACTO	DOCTOR (A)	TELEFONO
HCM	Radiología Dentomaxilofacial	Dra. Susana Carrasco	61-2- 293228
HCM	Mesa Central	CR Odontológico	61-2- 293222

 <p>Servicio de Salud Magallanes</p> <p>Ministerio de Salud</p> <p>Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente</p>		<p>Versión</p> <p>1</p>	
		<p>Fecha elaboración</p> <p>30 DE MAYO 2018</p>	
	<p>PROTOCOLO REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA RADIOLOGIA DENTOMAXILOFACIAL</p>	<p>Próxima Revisión Próxima Versión</p> <p>30 DE MAYO 2019 30 DE MAYO 2021</p>	
		<p>Número de Página</p> <p>PÁGINA 9 DE 10</p>	

## XII. FLUJOGRAMA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA RADIOLOGIA DENTOMAXILOFACIAL



 Servicio de Salud Magallanes  Ministerio de Salud  Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente		Versión	1
		Fecha elaboración	30 DE MAYO 2018
	<b>PROTOCOLO REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA RADIOLOGIA DENTOMAXILOFACIAL</b>	Próxima Revisión Próxima Versión	30 DE MAYO 2019 30 DE MAYO 2021
		Número de Página	PÁGINA 10 DE 10

### **XIII. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN:**

El responsable de la evaluación del presente protocolo será la Subdirección de Gestión Asistencial del Servicio de Salud Magallanes, ya que implica a toda la Red Asistencial de la región. La frecuencia de evaluación será anualmente, lo anterior para generar las mejoras o actualizaciones necesarias, y la vigencia del mismo corresponderá a tres años.

### **XIV. PLAN DE DIFUSIÓN A LA RED:**

El protocolo de referencia y contrarreferencia de Radiología Dentomaxilofacial será remitido vía correo electrónico por la Encargada del Programa Odontológico del Servicio de Salud Magallanes una vez que el mismo haya sido validado en el Consejo Integrador de la Red Asistencial (CIRA) y se dicte resolución a través de la Dirección del Servicio de Salud Magallanes. Dicho protocolo se enviará a toda la Red Asistencial de Magallanes, específicamente a los Directores de cada establecimiento de salud y encargados del programa odontológico.

Además el protocolo se encontrará disponible para descarga en la página web del Servicio de Salud Magallanes, cuyo link es <http://www.saludmagallanes.cl/>

### **XV. BIBLIOGRAFÍA:**

- Manual de Protección Radiológica y Buenas Prácticas en Radiología Dento-Maxilo-Facial Minsal-ISP 2008.
- Manual de Protección Radiológica para uso dental. CR Odontológico, Hospital Clínico Magallanes, 2018.

### **XVI. REGISTRO HISTÓRICO DE CAMBIOS:**

VERSIÓN	REVISADO POR	FECHA	CAMBIOS INGRESADOS
N/A	N/A	N/A	N/A

2. **DEJASE ESTABLECIDO** que dicho protocolo fue sancionado con fecha 28 de junio del 2018 por los integrantes del Comité Integrador de la Red Asistencial (CIRA).

**ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.**



**DRA. MARIA ISABEL IDUYA LANDA**  
**DIRECTORA (S) SERVICIO SALUD MAGALLANES**

MIIL/MODM/XLL/AOD/aod  
**DISTRIBUCIÓN:**

- Dirección Servicio Salud Magallanes
- Unidad de Calidad Servicio Salud Magallanes
- Auditoría Dirección Servicio Salud Magallanes
- Director Hospital Clínico Magallanes
- Subdirección Médica Hospital Clínico de Magallanes
- Jefa CR. Odontológico Hospital Clínico
- Director Hospital Dr. Augusto Essmann de Puerto Natales
- Encargado Dental Hospital Dr. Augusto Essmann de Puerto Natales
- Directora Hospital Dr. Marco Chamorro de Porvenir
- Encargado Dental Hospital Dr. Augusto Essmann de Puerto Natales
- Directora Hospital Cristina Calderón de Puerto Williams
- Encargado Dental Hospital Dr. Augusto Essmann de Puerto Natales
- Director CESFAM Juan Lozic
- Encargada Dental del CESFAM Juan Lozic
- Jefe Área Salud Corporación Municipal Punta Arenas
- Jefe Área Salud Corporación Municipal Puerto Natales
- Directora CESFAM Mateo Bencur
- Encargado Programa Dental CESFAM Mateo Bencur
- Directora CESFAM J. Damianovic
- Encargado Dental del CESFAM J. Damianovic
- Directora CESFAM C. Ibáñez
- Encargado Dental del CESFAM C. Ibáñez
- Director CESFAM T. Fenton
- Encargado Dental CESFAM T. Fenton
- Directora CESFAM 18 de Septiembre
- Encargado Dental CESFAM 18 de Septiembre
- Encargado CECOSF Río Seco
- Encargado CECOSF Mateo Bencur
- Encargado CECOSF Fortaleciendo Vidas
- Encargado Posta San Gregorio
- Encargado Posta Villa Tehuelche
- Encargado Posta Río Verde
- Encargado Posta Cerro Castillo
- Encargada Posta Timaukel
- Encargada Posta Dorotea
- Encargada Posta Puerto Edén
- Oficina de Partes D.S.S.M.
- Archivo S.G.A. (2)