



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN
ODONTOLÓGICA AL PACIENTE CON
ENFERMEDADES INFECTO-CONTAGIOSAS EN
CAPEI-UCV**



Yo, _____, de _____ edad, identificado con la cedula de identidad N _____ domiciliado(a) en _____ como representante legal o familiar de _____ declaro lo siguiente:

He sido informado(a) que la atención brindada en la Sala de atención a pacientes con enfermedades infecto contagiosas “DRA. ELSA LA CORTE ANSELMÍ” es de tipo docente-asistencial-investigación, caracterizada por la atención odontológica a cargo de estudiantes de odontología y/o de estudiantes de postgrado de diferentes especialidades, bajo la supervisión clínica de docentes-odontólogos, quienes en algunos casos también me atenderán, podré ser referido a otro estudiante, si se considera necesario.

Me han explicado en forma clara y suficiente, el diagnóstico, la naturaleza de la enfermedad que padezco o padece mi representado(a), la evolución natural, los objetivos del tratamiento propuesto, así como las alternativas de tratamiento (sobre lo cual pude participar), la descripción de las consecuencias derivadas del tratamiento o intervención, los beneficios, los riesgos comunes del tratamiento (posibles complicaciones que se pueden desencadenar durante o después del mismo), los riesgos personalizados (por presentar problemas de salud general que inciden sobre el tratamiento) por lo que debo acudir al centro sanitario y buscar al médico tratante en el caso de desencadenarse algún riesgo. Adicionalmente debo presentar el informe médico y los exámenes correspondientes a la patología de base para anexarlo a la historia clínica y seré informado(a) en cada momento y a mi requerimiento de la evolución del proceso.

Debo realizar los exámenes y estudios pertinentes que se me indiquen, los cuales cancelaré antes del tratamiento. Se pueden requerir interconsultas con cualquier otra especialidad odontológica o médica para minimizar los riesgos y lograr el propósito del tratamiento. Acepto la realización de las radiografías, fotografías, y otros medios diagnósticos que sean necesarios, garantizándome la confidencialidad, el resguardo de mi identidad o la de mí representado (a) y la utilización de dichos registros sólo con fines académicos y de investigación.

Comprendo que mi tratamiento odontológico pretende la restitución integral de mi salud bucal para mejorar la forma y función de los dientes, la estética, masticación, deglución y fonación, así como la supervisión de docentes odontólogos y odontólogos-especialistas, el respaldo de una institución universitaria actualizada permanentemente en conocimientos, calidad de materiales, técnicas y gran dedicación. Conozco, comprendo y acepto los riesgos como pueden ser: inexperiencia del estudiante en formación, molestias, dolor o cualquier complicación que pueda presentarse como consecuencia del tratamiento, los cuales trataran de resolver el estudiante y el docente-odontólogo, en el caso que se presenten, así mismo entiendo que se pueden producir alguna(s) complicación(es) citada(s) u otras, que no dependen de la técnica empleada, ni del procedimiento ejecutado, ni de su correcta realización.

Entiendo que la Odontología no es una ciencia exacta y por tanto la garantía de los resultados está sujeta a múltiples factores. Confío en el buen juicio y las decisiones del docente-odontólogo durante el tratamiento, buscando siempre el mayor beneficio, razón por la cual si surgiese cualquier situación inesperada durante el tratamiento, autorizo al operador a realizar el procedimiento o maniobra que estime oportuna para la resolución de dicha situación. Se me ha explicado que se me darán las indicaciones postoperatorias o de medicación ambulatoria, según sea el caso, las cuales me comprometo a cumplir, así como a acudir a las citas y controles cuando el odontólogo así me lo indique, mantener una higiene adecuada y cumplir con las instrucciones dadas. Estoy al tanto y asumo la cancelación de las tarifas de la Institución; los costos están sujetos a posibles cambios sin previo aviso, pero notificado oportunamente. Me siento libre, sin coacción ni manipulación, para decidir de acuerdo con mis valores e intereses y me declaro competente para tomar las decisiones que correspondan. En tal sentido voluntariamente DOY MI CONSENTIMIENTO AL OPERADOR TRATANTE A REALIZAR EL TRATAMIENTO PERTINENTE___ o NO CONSIENTO ___, con el buen entendido que puedo retirar este consentimiento por escrito cuando así lo desee, sin represalia, ni penalidad alguna. Así mismo doy fe de que mi representado FUE OÍDO ___ o dio su ASENTIMIENTO ___.

Nombre de paciente: _____ Edad: _____
 Nombre del representante legal: _____ CI: _____
 Parentesco: _____ Firma: _____
 Nombre del operador: _____ Firma: _____
 Nombre de testigo: _____ Firma: _____
 Nombre de testigo: _____ Firma: _____
 Caracas, _____ de _____ de _____