



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DEL
PACIENTE EN LA MAESTRIA DE MEDICINA ESTOMATOLÓGICA DE LA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA 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 esta institución es de tipo docente-asistencial, caracterizada por la atención odontológica a cargo de odontólogos bajo la supervisión clínica de docentes-especialistas, médico anestesiólogo y personal auxiliar.

Me han explicado en forma clara y suficiente, el diagnóstico, la naturaleza de la enfermedad que padezco o padece mi representado y su evolución natural, objetivos del tratamiento propuesto, así como las alternativas de tratamiento (sobre lo cual pude participar), descripción de las consecuencias derivadas del tratamiento o intervención, beneficios, riesgos comunes del tratamiento (posibles complicaciones que se pueden desencadenar durante o después del mismo), riesgos personalizados (por presentar problemas de salud general que incidan 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 correspondiente 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 pertinentes que se me indiquen, previamente al tratamiento, los cuales cancelaré. 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 mi representado y la utilización de dichos record sólo con fines académicos.

Diagnóstico(s) _____

Tratamiento(s) por realizar _____

Tratamientos alternativos _____

Riesgos y complicaciones inherentes al tratamiento _____

Beneficio esperado con el tratamiento por realizar _____

Riesgos y complicaciones en caso de no efectuarse el tratamiento _____

Comprendo que la Maestría de Medicina Estomatológica es la especialidad de la odontología que se encargan de realizar el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de lesiones patológicas en cavidad bucal. Entre los beneficios de dicho tratamiento está la restitución de la salud bucal, así como la actualización de conocimientos permanentemente, calidad de materiales, técnicas y gran dedicación. Los riesgos pueden ser: molestias, dolor o cualquier complicación que pueda presentarse como consecuencia del tratamiento, de la cual el profesional que me atiende se hará responsable, así mismo entiendo que se pueden producir alguna(s) complicación(ones) citada(s) u otras, que no dependen de la técnica empleada 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 profesional 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 DOY MI CONSENTIMIENTO AL FACULTATIVO 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.

Nombre del paciente: _____ Edad: _____

Nombre del representante legal: _____ CI: _____

Parentesco: _____ Firma: _____

Nombre del profesional: _____ Firma: _____

Nombre de testigo: _____ Firma: _____

Nombre de testigo: _____ Firma: _____

Caracas, _____ de _____ de _____.