



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN
ODONTOLÓGICA DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE
ODONTOPEDIATRÍA DEL PREGRADO 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 estudiantes de odontología bajo la supervisión clínica de docentes-odontólogos, quien en algunos casos también lo atenderá, podrá ser referido a otro estudiante, si se considera necesario.

Me han explicado el diagnóstico, la naturaleza de la enfermedad que 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 de mi representado en el caso de desencadenarse algún riesgo, adicionalmente debo presentar el informe médico correspondiente para anexarlo a la historia clínica.

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 Odontología Infantil, es la especialidad de la odontología que se encargan de restablecer la salud bucal integral de niños y adolescentes. Entre los beneficios de dicho tratamiento está la restitución de la forma y función de los dientes, la estética, masticación y fonación adecuadas, así como la actualización de conocimientos permanentemente, calidad de materiales, técnicas y gran dedicación. Los riesgos pueden ser: molestias, dolor, tiempo invertido o cualquier complicación que pueda presentarse como consecuencia del tratamiento, la cual tratará de resolver el estudiante, 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.

Además de la información que he recibido seré informado(a) en cada momento y a mi requerimiento de la evolución del proceso, de manera verbal o escrita si fuese necesario. Comprendo que la odontología no es una ciencia exacta y por tanto la garantía de los resultados está sujeta a múltiples factores.

Debo realizarme los exámenes pertinentes que se me indiquen, previamente a mi intervención quirúrgica, 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 la identidad de mi representado y la utilización de dichos record sólo con fines académicos.

Confío en el buen juicio y las decisiones del profesional durante el tratamiento, buscando siempre el mayor beneficio de mi niño, 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.

Culminada la intervención odontológica-quirúrgica se me ha explicado las indicaciones postoperatorias, medicación ambulatoria, según sea el caso, las cuales me comprometo a cumplir. Me comprometo a acudir a las citas y controles cuando el odontólogo así me lo indique, así como a mantener una higiene adecuada y cumplir con las instrucciones dadas. Estoy al tanto y me comprometo a cancelar las tarifas de la Institución; los costos están sujetos a posibles cambios sin previo aviso, pero notificado oportunamente.

He tenido la información clara y suficiente, la oportunidad de preguntar y he obtenido respuestas satisfactorias, comprendo en qué consiste la atención odontológica ofrecida por el postgrado de esta facultad, 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. Así mismo doy fe de que mi representado FUE OÍDO _____ o dio su ASENTIMIENTO _____.

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 _____.