



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA  
DEL PACIENTE EN EL POSTGRADO DE ORTODONCIA DE LA FACULTAD  
DE ODONTOLOGÍA DE LA UCV**



Yo, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ edad, identificado con la cedula de identidad Nº \_\_\_\_\_, 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.

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 Ortodoncia es la especialidad de la odontología que se encarga de realizar movimientos dentarios para corregir maloclusiones y malposiciones dentarias. 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 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(es) citada(s) u otras, que no dependen de la técnica empleada ni de su correcta realización.

Comprendo 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 CONSIERNO \_\_\_\_\_, 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 \_\_\_\_\_.