

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DEL PACIENTE
EN LOS POSTGRADOS DE PROSTODONCIA Y ODONTOLOGÍA OPERATORIA Y ESTÉTICA
DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCV**

Yo _____, edad _____, identificado con la cédula de identidad No _____, domiciliado (a) en _____ 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.

Se me ha explicado el diagnóstico, la naturaleza de la enfermedad que padezco y su evolución natural, las alternativas de tratamiento, los beneficios y sus consecuencias, los riesgos y las posibles complicaciones que de cada tratamiento se puedan derivar.

Me informaron sobre el diagnóstico, la descripción y los objetivos del tratamiento propuesto y se me explicó el motivo de elección (en lo cual pude participar), descripción de las consecuencias derivadas del tratamiento o intervención, 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 incidan sobre el tratamiento) por lo que debo acudir al centro sanitario y buscar a mi médico tratante en el caso de desencadenarse estos riesgos, 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

Dichas explicaciones han sido claras en un lenguaje sencillo y suficiente, he podido expresar mis dudas y opiniones de un forma libre y sin coacción o manipulación.

Comprendo que la Prostodoncia y la Odontología Operatoria y Estética son especialidades de la odontología que se encargan de reemplazar una parte o todo el diente perdido o dañado mediante la confección de restauraciones y prótesis. Entre los beneficios de dicho tratamiento está la restitución de la forma y la función de los dientes, la estética, la masticación y la fonación adecuadas, así como, la actualización de conocimientos permanentemente, calidad de materiales, técnicas y gran dedicación. Estos beneficios superan los riesgos como pueden ser: molestias, dolor o cualquier complicación que se pueda presentar como consecuencia del tratamiento, de la cual el profesional que me atiende se hará responsable.

Además de la información que he recibido seré informado(a) en cada momento y a mi requerimiento de la evolución de mi proceso, de manera verbal y 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.

Entiendo que los procedimientos se realizarán en un tiempo más prolongado (sin límite de tiempo) y a un costo menor, si lo comparo con un consultorio particular o una institución no universitaria.

Estoy al tanto y me comprometo a cancelar las tarifas clínicas de la Institución, el costo de laboratorio (incluyendo aleaciones) y algunos materiales específicos (que requiera mi caso y que no lo suministre la Institución). Queda claro que los costos están sujetos a posibles cambios sin previo aviso.

Acepto la realización de las radiografías, las fotografías, los modelos de estudio y otros medios diagnósticos que sean necesarios; garantizándome la confidencialidad, el resguardo de mi identidad y la utilización de dichos registros sólo con fines académicos.

Confío en el buen juicio y las decisiones del profesional durante mi tratamiento, buscando siempre mi mayor beneficio, razón por la cual si surgiese cualquier situación inesperada durante el tratamiento, autorizo a mi operador a realizar el procedimiento o maniobra que estime oportuna para la resolución de dicha situación.

Se pueden requerir interconsultas con cualquier otra especialidad odontológica o médica para minimizar los riesgos y lograr el propósito del tratamiento.

Culminada la intervención odontológica y quirúrgica se me ha explicado las indicaciones postoperatorias, medicación ambulatoria, según sea el caso, las cuales me comprometo a cumplir. Entiendo que es posible que se puedan producir procesos infecciosos, inflamatorios, dolor, laceraciones en la mucosa o en la lengua, que no dependen de la técnica empleada ni de su correcta realización.

Me comprometo a acudir a mis citas y controles cuando el odontólogo así me lo indique, así como, a mantener una higiene adecuada y cumplir con las instrucciones dadas.

He tenido la información 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 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 _____ puesto, con el buen entendido que puedo retirar este consentimiento por escrito cuando así lo desee, sin represalia, ni penalidad alguna.

El paciente, tutor o representante legal. Nombre: No. Cédula: Teléfono:	_____ Firma
El estudiante de postgrado. Nombre: No. Cédula: Teléfono:	_____ Firma
Coordinador de postgrado del área. Nombre: No. Cédula:	_____ Firma

Caracas, _____ de _____ de 20_____.