



CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE EN EL CENTRO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA AL PACIENTE CON DISCAPACIDAD EN (CAPDIS) 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-investigación, caracterizada por la atención odontológica del paciente con discapacidad sensorial, física, psíquica o con cualquier síndrome que curse con discapacidad, así como pacientes con patologías sistémicas asociadas con discapacidad, que requiera de protocolos de atención específicos, a cargo de estudiantes de pregrado, postgrado u odontólogos, bajo la supervisión clínica de docentes-especialistas, según sea el nivel de atención acorde a la complejidad de mi situación.

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, 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(a) y la utilización de dichos record sólo con fines académicos, de investigación y científicos en cursos, congresos entre otros. Los diagnóstico(s), tratamiento(s) por realizar, tratamientos alternativos, riesgos y complicaciones inherentes al tratamiento, riesgos y complicaciones en caso de no efectuarse el tratamiento, constan en la historia clínica.

Comprendo que la atención del paciente con discapacidad sensorial, física, psíquica o con cualquier síndrome que curse con discapacidad permanente, así como pacientes con patología sistémica permanente asociadas con discapacidad, que se realiza en este Centro se encarga de restablecer la salud bucal integral de niños, adolescentes y adultos con discapacidad o médicamente comprometidos. 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, de la cual el profesional 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. Los tratamientos en algunas ocasiones, entiendo que no serán los ideales, ya que es más importante la función y el estado de salud o discapacidad, lo que conllevará a tratamientos más ajustados a la realidad de la situación que se nos presente. Confío en el buen juicio y las decisiones del profesional durante el tratamiento, buscando siempre el mayor beneficio mio o de mi niño o representado, 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 pre y 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 notificados oportunamente. El tratamiento no contempla compensaciones ni indemnizaciones. Estoy consciente que de algunos procedimientos clínicos sobran restos biológicos, los cuales voluntariamente me encuentro dispuesto(a) a donar para ser utilizados, de ser necesario, en investigaciones que se lleven a cabo en la Facultad de Odontología de la UCV.

Confirmando que luego de aclarar mis dudas, me siento informado, comprendo la información, libre, sin coacción ni manipulación, para decidir voluntariamente, con el tiempo suficiente para meditar o consultar la decisión con quien considere pertinente, 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: _____ CI: _____ Edad: _____
 Nombre del representante legal: _____ CI: _____
 Parentesco: _____ Firma: _____
 Nombre del profesional: _____ CI: _____ Tlf: _____
 COV: _____ MPPS: _____ Firma: _____
 Nombre del estudiante: _____ CI: _____
 Tlf: _____ Firma: _____
 Nombre del docente: _____ C.I.: _____ Firma: _____
 Nombre de testigo: _____ C.I.: _____ Firma: _____
 Nombre de testigo: _____ C.I.: _____ Firma: _____

Caracas, _____ de _____ de _____.