



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN
ODONTOLÓGICA AL PACIENTE CON
ENFERMEDADES INFECTO-CONTAGIOSAS EN
CAPEI-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 la Sala de atención a pacientes con enfermedades infecto contagiosas “DRA. ELSA LA CORTE ANSELMÍ” es de tipo docente-asistencial-investigación, caracterizada por la atención odontológica a cargo de estudiantes de odontología y/o de estudiantes de postgrado de diferentes especialidades, bajo la supervisión clínica de docentes-odontólogos, quienes en algunos casos también me atenderán, podré ser referido a otro estudiante, si se considera necesario.

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, los objetivos del tratamiento propuesto, así como las alternativas de tratamiento (sobre lo cual pude participar), la descripción de las consecuencias derivadas del tratamiento o intervención, los beneficios, 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 inciden 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 y los exámenes correspondientes a la patología de base 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 y estudios pertinentes que se me indiquen, los cuales cancelaré antes del tratamiento. 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 registros sólo con fines académicos, de investigación y científicos en cursos, congresos entre otros.

Comprendo que mi tratamiento odontológico pretende la restitución integral de mi salud bucal para mejorar la forma y función de los dientes, la estética, masticación, deglución y fonación, así como la supervisión de docentes odontólogos y odontólogos-especialistas, el respaldo de una institución universitaria actualizada permanentemente en conocimientos, calidad de materiales, técnicas y gran dedicación. Conozco, comprendo y acepto los riesgos como pueden ser: inexperiencia del estudiante en formación, molestias, dolor o cualquier complicación que pueda presentarse como consecuencia del tratamiento, los cuales trataran de resolver el estudiante y el docente-odontólogo, en el caso que se presenten, así mismo entiendo que se pueden producir alguna(s) complicación(es) citada(s) u otras, que no dependen de la técnica empleada, ni del procedimiento ejecutado, 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 docente-odontólogo 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 pre y 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. 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 que aclararon 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 voluntariamente DOY MI CONSENTIMIENTO AL OPERADOR TRATANTE 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 _____.