



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN  
ODONTOLÓGICA DEL PACIENTE EN EL CENTRO DE  
INVESTIGACIÓN Y ATENCIÓN A PERSONAS CON PRÓTESIS  
MAXILO FACIAL Y HENDIDURA LABIOPALATINA. (CIAPA) 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 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 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 de mi representado 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.

Comprendo que la atención del paciente con malformaciones craneofaciales o secuelas traumáticas u oncológicas, en el CIAPA se encarga de restablecer la salud bucal integral de niños, adolescentes y adultos. 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.

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 de mi niño, razón por la cual si surgiese cualquier situación inesperada durante el tratamiento o un mal comportamiento de mi representado durante el tratamiento, autorizo al odontólogo a realizar técnicas o maniobras que estime oportunas para la resolución de dicha situación, incluyendo la estabilización protectora y control de voz; garantizando así, la seguridad de mi representado y del profesional, para permitir la culminación óptima del procedimiento.

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 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 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: \_\_\_\_\_ MPSS: \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_.