



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DEL
PACIENTE EN EL CENTRO DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA DE LA
FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA DE LA UCV**



Yo, _____, de _____ edad, identificado con la cedula de identidad N° _____, domiciliado(a) en _____, declaro lo siguiente:

He sido informado(a) que la atención brindada en esta institución es de tipo docente-asistencial-investigación, caracterizada por la ayuda al paciente para dejar de fumar a cargo de estudiantes del Pregrado bajo la supervisión clínica de docentes-especialistas. Me explicaron en forma clara y suficiente, el diagnóstico, la naturaleza de la enfermedad que padezco (Tabaquismo), los daños que el tabaquismo tiene sobre mi salud y los beneficios de dejar de fumar, objetivos del tratamiento propuesto, así como las alternativas de tratamiento (sobre lo cual pude participar), descripción de las consecuencias derivadas del tratamiento. Beneficios y riesgos comunes del tratamiento, riesgos personalizados 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 complementarios que se me indiquen, previamente al tratamiento del tabaquismo, 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 y la utilización de dichos record sólo con fines académicos, de investigación y científicos en cursos, congresos entre otros.

Comprendo que la atención en este Centro se encarga de realizar tratamiento para dejar de fumar que van desde el diagnóstico de fumador, grado de dependencia a la nicotina, entrevista motivacional y ayuda cognitiva-conductual y farmacológica, según mi situación. Entre los beneficios de dicho tratamiento está mejorar mi condición de salud sistémica y bucal, así como mi calidad de vida y de los que me rodean. Los riesgos pueden ser: los síntomas del síndrome de abstinencia a la nicotina como dolor de cabeza, disminución de la concentración, aumento del apetito, irritabilidad, insomnio, malestar estomacal; de los cuales he sido informado que son transitorios y pasan en las primeras cuatro semanas de tratamiento. Así mismo he sido informado que algún medicamento utilizado para dejar de fumar pudiera producirme algunas molestias generales como: dolor de cabeza, náuseas, vómitos e insomnio. Por los cuales el profesional que me atiende estará disponible para canalizar y aliviar cualquier molestia que corresponda a mi tratamiento para lograra la deshabituación tabáquica.

Confío en el buen juicio y las decisiones del profesional durante el tratamiento, buscando siempre mi mayor beneficio o el de de mi 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 o de medicación ambulatoria, según sea el caso, las cuales me comprometo a cumplir, así como a acudir a las citas de tratamiento y mantenimiento, así como a los controles cuando el profesional 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 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.

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 _____.