



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DEL
PACIENTE EN EL SERVICIO DE ORTODONCIA INTERCEPTIVA DEL
POSTGRADO DE ODONTOLOGÍA INFANTIL 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.

Debo realizar los exámenes pertinentes que se me indiquen, previos al tratamiento y durante el mismo, los cuales realizaré. 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 la identidad de mi representado y la utilización de dichos record sólo con fines académicos, de investigación y científicos en cursos, congresos y otros.

Comprendo que la Ortodoncia Interceptiva, es la especialidad de la odontología que se encarga de tratar las maloclusiones o malposiciones en edades tempranas. Entre los beneficios está interceptar o corregir maloclusiones que de otra manera se harían más complejas en la dentición permanente. El tratamiento dependerá de las necesidades del niño, pudiéndose implementar aparatos fijos o removibles, con o sin extracciones de dientes primarios y/o permanentes. Todo tratamiento de ortodoncia conlleva ciertos riesgos: dolor, ruptura de aparato, caries y descalcificaciones (manchas), inflamación de las encías, lesiones ocasionadas por los aparatos, disminución en el tamaño de las raíces y del hueso que soporta los dientes, cambios en la posición de los dientes luego de terminar el tratamiento que no dependen de la técnica empleada ni de su correcta realización. Todos estos problemas pueden ser minimizados con una buena colaboración del paciente, por ello me comprometo a cumplir con las indicaciones suministradas, como: mantener una higiene oral adecuada, uso adecuado de los aparatos, reporte de enfermedades generales y dentales previas al tratamiento, seguimiento de todas las indicaciones dadas por el profesional. Cualquier complicación que pueda presentarse como consecuencia del tratamiento, deberá comunicarse con el profesional quien intentará resolver la situación. Así mismo, entiendo que se pueden producir alguna(s) complicación (es) 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, 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, 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. Estoy al tanto y me comprometo a cancelar las tarifas; 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 de aclararon mis dudas, me siento informado, comprendo la información, libre, sin coacción ni manipulación, para decidir voluntariamente 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 ESCUCHADO _____ 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 docente: _____ C.I.: _____ Firma: _____

Nombre de testigo: _____ C.I.: _____ Firma: _____

Nombre de testigo: _____ C.I.: _____ Firma: _____

Caracas, _____ de _____ de _____.

