



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DEL
PACIENTE EN EL POSTGRADO DE PERIODONCIA 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 estudiantes del Postgrado de Periodoncia bajo la supervisión clínica de docentes-especialistas.

Me explicaron en forma clara y suficiente, el diagnóstico, la naturaleza de la enfermedad periodontal que padezco o padece mi representado(a) y la evolución natural, objetivos e importancia del tratamiento propuesto, así como las alternativas de tratamiento (sobre lo cual pude participar), descripción de las consecuencias derivadas del tratamiento periodontal o intervención quirúrgica. Beneficios y riesgos comunes y no comunes del tratamiento (posibles complicaciones que se pueden desencadenar), riesgos personalizados (por presentar problemas de salud general que incidan sobre el tratamiento, por lo que debo presentar el informe médico correspondiente para anexarlo a la historia clínica), que la duración de los tratamientos no está determinada.

Acepto la realización de cualquier prueba diagnóstica necesaria para la planificación del tratamiento periodontal, incluyendo la realización de estudios radiográficos, fotografías, así como las interconsultas con cualquier otra especialidad odontológica o médica y en general, cualquier método que sea propuesto en orden de minimizar los riesgos y lograr el propósito del tratamiento, garantizándome la confiabilidad, 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 la necesidad de realizar, si es preciso, tratamientos tanto de carácter médico como quirúrgicos, incluyendo el uso de anestesia local y/o general; siempre que sea necesario y bajo el criterio del especialista.

Comprendo que la Periodoncia es la especialidad de la odontología que se encarga de realizar tratamiento a los tejidos de soporte de los dientes que pueden tratarse con procedimientos conservadores o tratamientos quirúrgicos, con el objeto de conservar un diente, que de lo contrario requerirá su extracción. Entre los beneficios de dicho tratamiento está la restitución de la función de los dientes, masticación y fonación adecuadas, así como la actualización de conocimientos permanentemente, calidad de materiales, técnicas y gran dedicación. Los riesgos pueden ser: molestias, movilidad, hemorragias, dolor, sensibilidad dental, adicionalmente puede afectar negativamente la apariencia de mi boca o cualquier complicación que pueda presentarse como consecuencia del tratamiento, de la cual el profesional que me atiende intentará resolver en la medida de sus posibilidades, 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, sobre los cuales el profesional no tiene ninguna responsabilidad, sin embargo, tratará de solucionarlas o canalizarlas con otros especialistas.

Comprendo que la odontología no es una ciencia exacta y por lo que no existen garantías sobre el resultado de los tratamientos, ya que está sujeta a múltiples factores. 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.

Estoy consciente que en el caso de restos biológicos sobrantes, voluntariamente me encuentro dispuesto(a) a donarlos para ser utilizados, de ser necesario, en investigaciones que se lleven a cabo en la Facultad de Odontología de la UCV.

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 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.

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 ESCUCHADO _____ o dio su ASENTIMIENTO _____.

Nombre del paciente: _____ Cl: _____ Edad: _____

Nombre del representante legal: _____ Cl: _____

Parentesco: _____ Firma: _____

Nombre del profesional: _____ Cl: _____ 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 _____.