



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCIÓN  
DE PACIENTES CON URGENCIAS ODONTOLÓGICAS  
EN EL POSTGRADO DE ODONTOLOGÍA INFANTIL DE  
LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCV**



Yo, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ años de edad, cédula de identidad N° \_\_\_\_\_, procedente de \_\_\_\_\_; 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 la naturaleza de la enfermedad, su evolución natural, sus consecuencias y estoy al tanto del tratamiento detallado, sus beneficios, objetivos e importancia; alternativas de tratamiento (ventajas y desventajas); riesgos y complicaciones más comunes, menos comunes y riesgos individuales; consecuencias en caso de negativa o tardanza para aceptar o iniciar el tratamiento; tiempo que durará el procedimiento o tratamiento completo del área bucal o diente involucrado, por lo que autorizo la realización de exámenes diagnósticos; tales como: examen clínico, 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 y de investigación; así como autorizo la ejecución de un tratamiento inmediato para evitar mayores complicaciones.

Se me explicó que por tratarse de un tratamiento de urgencia, donde el niño acude frecuentemente con dolor o alguna molestia; si surgiese cualquier situación inesperada 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.

Comprendo, que dicho tratamiento es **provisional** y podría requerir citas sucesivas para terminar de resolver la urgencia o realizar los controles necesarios. Adicionalmente estoy consciente que mi representado necesita atención integral para restablecer su salud bucal; por lo que me comprometo a cumplir con las indicaciones postoperatorias suministradas y mantener una adecuada higiene de su boca, así como a cubrir los costos del tratamiento según las tarifas establecidas por la Facultad de Odontología de la UCV. El tratamiento no contempla compensaciones ni indemnizaciones.

También se me explicó que se repetirá el procedimiento sólo en la primera oportunidad y de no ser causado, evidentemente, por el incumplimiento de las indicaciones postoperatorias. Los datos y record diagnósticos suministrados pudiesen ser utilizados con fines académicos y científicos o futuras investigaciones, siempre con garantía de la confidencialidad y resguardo de la identidad de mi representado. 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 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 \_\_\_\_\_.