



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DEL PACIENTE
EXTERNO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA PRIMER PISO 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 de odontología bajo la supervisión clínica de docentes-especialistas, quien en algunos casos también me atenderá a mi o a mi representado.

Me han explicado en forma clara y suficiente, el diagnóstico, la naturaleza de la enfermedad que padezco o padece mi representado(a), la evolución natural, sus beneficios, objetivos e importancia; así como las alternativas de tratamiento (sobre lo cual pude participar), la descripción de las consecuencias derivadas del tratamiento o intervención, los riesgos y complicaciones más comunes del tratamiento (posibles complicaciones que se pueden desencadenar durante o después del mismo), los riesgos y complicaciones menos comunes y aquellos 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 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. También me informaron sobre las consecuencias en caso de negativa o tardanza para aceptar o iniciar el tratamiento; tiempo aproximado 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 información y mi identidad o la de mi representado(a) 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.

Comprendo que la Cirugía Bucal es la especialidad de la odontología que se encarga de realizar procedimientos quirúrgicos en la boca, entre ellos se encuentran extracciones de piezas dentarias incluidas dentro del hueso o no, eliminación de lesiones patológicas. Entre los beneficios de dicho tratamiento está la restitución de la salud de la cavidad bucal, así como la actualización de conocimientos permanentemente, calidad de materiales, técnicas y gran dedicación. Entiendo que la intervención quirúrgica que involucra la administración de anestésicos locales. A pesar de la adecuada elección de las técnicas y de su correcta realización pueden presentarse ciertos riesgos, comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas; como otros específicos del procedimiento, poco graves y frecuentes, como pueden ser: molestias, dolor, o cualquier complicación por el tratamiento, medicamentos o agentes anestésicos, que incluyen, pero no se limitan a: entorpecimiento, infección inflamación, hemorragia, coloración, náuseas vómitos, reacciones alérgicas y muy excepcionalmente riesgo para la vida, que pueda presentarse como consecuencia del tratamiento y deberá llamar al estudiante 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. 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 estudiante y docente durante el tratamiento, buscando siempre el mayor beneficio, 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 postoperatorias o de medicación ambulatoria, según sea el caso, las cuales me comprometo a cumplir, así como a acudir a las citas y controles, si el estudiante así me lo indica, 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 en el caso de restos biológicos sobrantes, por algún procedimiento clínico, 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.

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 ESTUDIANTE 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 dio su ASSENTIMIENTO SI _____ NO _____.

Nombre del paciente: _____ CI: _____ Edad: _____
 Nombre del representante legal: _____ CI: _____
 Parentesco: _____ 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 _____.

