



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN DEL PACIENTE  
EXTERNO EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA DE LA FACULTAD DE  
ODONTOLOGÍA DE LA UCV**



**INSTRUCCIONES:** Lea cuidadosamente este consentimiento informado y solicítele a dos acompañantes o personas que estén cerca de usted para que le hagan el favor de servirle como testigos colocando su nombre, número de cédula de identidad y firma, al final de este documento. Se sugiere que dicho procedimiento lo realice mientras cancela el costo de la(s) radiografías o espera su turno para ser atendido, ya que este formato debe estar lleno antes de efectuar el procedimiento.

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, este servicio radiológico está caracterizado por la atención a cargo del personal que labora en él.

Estoy consciente de los beneficios, objetivos e importancia de las radiografías como uno de los record para obtener el diagnóstico de mi estado bucal, a la(s) cual(es) me voy a someter o va a ser sometido mi representado(a), entiendo que la práctica de la odontología se apoya en estudios de imágenes radiográficas que permiten tomar decisiones más precisas, acertadas y establecer diagnósticos en el estudio de los pacientes. Para estos estudios se utilizan rayos x, (Radiaciones Ionizantes) a estas radiaciones se les conoce los efectos biológicos y el riesgo de daño que pueden causar, pero las dosis recibida en los exámenes odontológicos son relativamente bajas, representando un riesgo mínimo a la exposición a la radiación, además de la aplicación de principios, leyes, y medidas de radioprotección conducentes a prevenir y minimizar los efectos indeseables producidos por las radiaciones ionizantes cumpliéndose en este servicio con las Normas establecidas por el Ministerio de Sanidad y Desarrollo Social. También me informaron sobre el tiempo aproximado que durará el procedimiento, garantizándome la confidencialidad, el resguardo de la información y mi identidad o la de mi representado(a).

Comprendo que la garantía de los resultados está sujeta a múltiples factores. Confío en el buen juicio y las decisiones del profesional durante el procedimiento, buscando siempre mi mayor beneficio, razón por la cual si surgiese cualquier situación inesperada durante el mismo, autorizo al operador a realizar la maniobra que estime oportuna para la resolución de dicha situación, incluyendo la estabilización protectora y control de voz; garantizando así, mi seguridad o la de mi representado(a), del operador y equipos del servicio con el objeto de permitir la culminación óptima del procedimiento.

Me comprometo a retirar las radiografías sin informe el mismo día o a más tardar 2 (dos) semanas, ya que pasados 2 (dos) meses se descartarán las radiografías y asumo la cancelación de las tarifas de la Institución; los costos están sujetos a posibles cambios sin previo aviso, pero notificado oportunamente. Me informaron que el procedimiento no contempla compensaciones ni indemnizaciones.

Confirmando que pude aclarar mis dudas, me siento informado de forma clara y suficiente, comprendo la información, libre, sin persuasión, manipulación, ni coacción 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 SERVICIO A REALIZAR EL PROCEDIMIENTO 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 SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ o dio su ASENTIMIENTO SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ CI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Nombre del representante legal: \_\_\_\_\_ CI: \_\_\_\_\_  
 Parentesco: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
 Nombre del personal técnico: \_\_\_\_\_ CI: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
 Nombre de testigo: \_\_\_\_\_ C.I.: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
 Nombre de testigo: \_\_\_\_\_ C.I.: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Caracas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.