



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN DE PACIENTES CON URGENCIAS ODONTOLÓGICAS EN EL CENTRO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA AL PACIENTE CON DISCAPACIDAD EN (CAPDIS) DE LA FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA 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 y estudiantes de los postgrados bajo la supervisión clínica de docentes-odontólogos, quien en algunos casos también me atenderá a mi o a mi representado, podrán referirme a otro estudiante, si se considera necesario.

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; 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 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.

Se me explicó que por tratarse de un tratamiento de urgencia, donde el paciente acude frecuentemente con dolor o alguna molestia; si surgiese cualquier situación inesperada o un comportamiento no deseado o poco colaborador de mi parte o 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 los involucrados en el procedimiento, para permitir su óptima culminación. Así como, si la condición médica que padezco o padece mi representado conlleva a un riesgo con la intervención odontológica de urgencia el tratamiento podrá ser diferido hasta la realización de exámenes complementarios o referencias y contra referencias de los médicos tratantes hasta considerar que la urgencia puede ser resuelta sin riesgo para mi persona o representado.

Comprendo, que el tratamiento de emergencia es provisional y podría requerir citas sucesivas para terminar de resolver la urgencia o realizar los controles necesarios. Adicionalmente estoy consciente que yo o mi representado necesita atención integral para restablecer su salud bucal. 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. 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.

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 procedimiento, 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 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.

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 ASENTIMIENTO 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 _____.