



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN DEL PACIENTE EN EL
LABORATORIO CENTRAL DE HISPOPATOLOGÍA BUCAL DR. PEDRO TINOCO 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, en este laboratorio está caracterizada por la atención a cargo del personal que labora en él.

Me han explicado en forma clara y suficiente, los beneficios, objetivos e importancia del resultado del diagnóstico histopatológico, al cual o los cuales me voy a someter o va a ser sometido mi representado(a), no representa riesgos y complicaciones, el tiempo para la entrega de los resultados del estudio es de 7 días y el laboratorio mantendrá un registro permanente del caso, me garantizan la confidencialidad, el resguardo de la información y mi identidad o la de mi representado(a), aún cuando autorizo voluntariamente que estos resultados o en el caso de restos biológicos sobrantes, me encuentro dispuesto(a) a donarlos para ser utilizados, de ser necesario, en alguna actividad académica o de investigación. Entiendo que el estudio histopatológico representa uno de los records para obtener el diagnóstico de mi estado bucal.

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. Me informaron que el procedimiento no contempla compensaciones ni indemnizaciones.

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. Si el Patólogo necesitara realizar algún estudio adicional, tales como coloración especial o técnica de inmunohistoquímica o estudios moleculares, seré informado oportunamente y estoy consciente que ello representará un costo adicional, según las tarifas antes mencionadas. Tengo entendido que en caso de requerir el bloque de parafina para tratamientos posteriores, sólo yo tengo acceso, a través de la autorización del Jefe del Laboratorio.

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 LABORATORIO CENTRAL DE HISPOPATOLOGÍA BUCAL DR. PEDRO TINOCO A REALIZAR EL ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO 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: _____
 Director del Laboratorio: _____ CI: _____ Tlf: _____ COV: _____ MPPS: _____ Firma: _____
 Nombre del Histotecnólogo: _____ CI: _____
 Tlf: _____ Firma: _____
 Nombre de testigo: _____ C.I.: _____ Firma: _____
 Nombre de testigo: _____ C.I.: _____ Firma: _____

Caracas, _____ de _____ de _____.