

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE ODONTOPEDIATRÍA DEL PREGRADO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCV



Yo,		edad, identificado con la co	
domiciliado(a) en declaro lo siguiente:	como represe	ntante legal o familiar de	
He sido informado(a) que la atencio	ontólogos, estudiantes de o	odontología bajo la supervisión	encial- investigación, caracterizada por la clínica de docentes-odontólogos, quien er
natural, objetivos del tratamiento pr consecuencias derivadas del tratam pueden desencadenar durante o de sobre el tratamiento) por lo que d	opuesto, así como las alteri iento o intervención, benef ispués del mismo), riesgos debo acudir al centro sani inalmente debo presentar	nativas de tratamiento (sobre l icios, riesgos comunes del trat personalizados (por presentar tario y buscar al médico trat el informe médico correspond	ue padece mi representado y su evolución o cual pude participar), descripción de las amiento (posibles complicaciones que se problemas de salud general que incidar ante de mi representado en el caso de iente para anexarlo a la historia clínica y
interconsultas con cualquier otra es Acepto la realización de radiografías	pecialidad odontológica o r , fotografías, y otros medio	médica para minimizar los ries _l s diagnósticos que sean necesa	os cuales cancelaré. Se pueden requeri gos y lograr el propósito del tratamiento prios; garantizándome la confidencialidad académicos de investigación y científicos
y adolescentes. Entre los beneficios y fonación adecuadas, así como la ad Los riesgos pueden ser: molestias,	de dicho tratamiento está la tualización de conocimient dolor, tiempo invertido o c rer el estudiante, así mismo	a restitución de la forma y funcios permanentemente, calidad o ualquier complicación que pu entiendo que se pueden produ	establecer la salud bucal integral de niños ón de los dientes, la estética, masticación de materiales, técnicas y gran dedicación deda presentarse como consecuencia de decir alguna(s) complicación(ones) citada(s)
en el buen juicio y las decisiones de cual si surgiese cualquier situación tratamiento, autorizo al odontólog	profesional durante el trat inesperada durante el tra o a realizar técnicas o ma ora y control de voz; gara	amiento, buscando siempre el Itamiento, o un mal comport niobras que estime oportuna	os está sujeta a múltiples factores. Confid mayor beneficio de mi niño, razón por la amiento de mi representado durante e s para la resolución de dicha situación mi representado y del profesional, para
comprometo a cumplir. Me compro una higiene adecuada y cumplir con	meto a acudir a las citas y o las instrucciones dadas. Est	controles cuando el odontólogo coy al tanto y me comprometo	ulatoria, según sea el caso, las cuales me o así me lo indique, así como a mantene a cancelar las tarifas de la institución; los atamiento no contempla compensaciones
	•	_ ·	cuales voluntariamente me encuentro cabo en la Facultad de Odontología de la
decidir voluntariamente, con el tiem mis valores e interese y me declaro AL FACULTATIVO A REALIZAR EL TRA	po suficiente para meditar competente para tomar las ATAMIENTO PERTINENTE _ ndo así lo desee, sin repres	o consultar la decisión con qu decisiones que correspondan. o NO CONSIENTO,	, libre, sin coacción ni manipulación, para ien considere pertinente, de acuerdo cor En tal sentido DOY MI CONSENTIMIENTO con el buen entendido que puedo retira ismo doy fe de que mi representado FUE
Nombre del paciente:			Edad:
Nombre del representante legal:		CI:	Edad: Firma:
Nombre del Estudiante:		C.I:	

_C.I: ___

___ C.I: _____

__ de _

__ C.I: ___

Firma_

__ Firma: _

_ Firma: _

___Firma: ___

Caracas, _____ de _

Telf: _

Nombre del Docente:___

Nombre del testigo: ___

Nombre del testigo: