

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS

Yo,..... Autorizo al
Dr. / Dra.con registro
profesional (.....)..... ha realizarme

El diagnóstico que se me ha dado es:

Por lo que el tratamiento consistirá en:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Los beneficios del procedimiento son:
.....y mi
negación al tratamiento traen consecuencias como:

Existen riesgos que pueden surgir en el curso del tratamiento como.....

(No) (SI) Autorizo para obtener fotografías, videos o registros gráficos en el pre - intra y post-operatorio y para difundir resultados en Revistas Médicas y/o ámbitos científicos.

Existe la posibilidad de revocar este consentimiento en cualquier momento del tratamiento, asumiendo las consecuencias de cualquier naturaleza que de ello puedan derivarse.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado, por tanto me comprometo a seguir todas las indicaciones y recomendaciones que me realicen por este tratamiento que por este medio acepto.

Habiéndoseme aclarado dudas y preguntas sobre los procedimientos, AUTORIZO a iniciar el mismo.

Lima,.....

FIRMA DEL PROFESIONAL
COP.

FIRMA DEL PACIENTE
DNI.

FIRMA DE TESTIGO