

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## PARA TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS

Yo,..... autorizo al  
Cirujano Dentista .....con  
registro profesional ( COP ..... ) a realizarme.....  
.....

El diagnóstico que se me ha dado es: .....  
.....

El tratamiento consistirá en:

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

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

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

Autorizo que se obtengan (marque la opción que desee):

- Fotografías (Si) (No)
- Videos (Si) (No)
- Otros registros gráficos (Si) (No)

en el pre - intra y post-operatorio.

Autorizo la difusión de registros gráficos de mi tratamiento en Revistas Médicas y/o ámbitos científicos. (Si ) (No)

Existe la posibilidad de revocar este consentimiento en cualquier momento del tratamiento, y asumo 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, aclarando todas las dudas planteadas. Me comprometo a seguir todas las indicaciones y recomendaciones que se realicen por el tratamiento que por este medio acepto.

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

Lima,.....

FIRMA DEL PROFESIONAL  
COP.

FIRMA DEL PACIENTE  
DNI.

FIRMA DE TESTIGO