

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Toluca México a \_\_\_\_ de \_\_\_\_ del \_\_\_\_.

Yo, \_\_\_\_\_, por medio del presente documento, en pleno y normal uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento a la C.D.E.O. Maríant Sofía Martínez Nolasco y sus colaboradores auxiliares y técnicos en ejercicio legal de su profesión, apliquen los tratamientos de:

1. El pronóstico del tratamiento a realizar es: \_\_\_\_\_.
2. Así mismo quedan autorizados para llevar a cabo los procedimientos odontológicos adicionales a los ya autorizados en el punto anterior, cuando el resultado del tratamiento así lo requiera.
3. Se informa de la existencia de riesgos así: \_\_\_\_\_.

o de aquellos Imprevisibles que por su misma característica no se pueden advertir razonablemente.

4. Declaro que conozco y comprendo en su totalidad la explicación antes dada y la posibilidad de que estos eventos se presenten en el desarrollo del curso del tratamiento y/o del postoperatorio y acepto todos los riesgos que conlleva los tratamientos a realizar. Acepto que la Odontología no es una ciencia exacta y que con la intervención autorizada se buscara la utilización de los medios idóneos para el caso y los resultados no dependen exclusivamente del Odontólogo.

5. Declaro que la información suministrada a los Odontólogos, con respecto a las condiciones de salud del paciente son ciertas.

6. El consentimiento y autorización que anteceden han sido otorgados previa evaluación que han hecho al paciente los Odontólogos con el objetivo de identificar sus condiciones clínico-patológicas y previa advertencia que los Odontólogos han hecho al paciente y a los riesgos. Declaro que he recibido amplias y satisfactorias explicaciones sobre el alcance del tratamiento y que han sido aclaradas mis dudas que he tenido al respecto.

7. Otorgo mi consentimiento para que la anestesia que pueda llegar a requerirse sea administrada por parte de los Odontólogos, en caso de ser necesaria para mi tratamiento. Declaro que he recibido satisfactorias explicaciones a este respecto y las dudas que he tenido y manifestado me han sido aclaradas.

8. Recibí claras instrucciones y el consentimiento que otorgo mediante este documento puede ser revisado o dejado sin efecto por la simple decisión del suscrito tomada antes de la intervención del tratamiento.

9. Autorizo que con protección de mi identidad pueda utilizarse la información consignada en mi historia clínica al igual los exámenes de laboratorio, de patología, las radiografías, fotografías y modelos de estudio, con fines de enseñanza, investigación, y/o divulgación científica por parte de los miembros este consultorio dental.

10. El paciente debe cumplir las citas previstas para los controles en las condiciones asignadas por los Odontólogos a cargo. El incumplimiento de las citadas condiciones exime a los Odontólogos de las condiciones negativas que ello produzca en el tratamiento. Los Odontólogos del tratamiento determinaran si el paciente, al requerir nueva valoración, debe reiniciar el trámite en el programa de atención del Consultorio Dental.

Certifico que el presente documento ha sido leído y aceptado por mí en su integridad.

NOTA: SI DESPUÉS DE 2 MESES EL PACIENTE NO VIENE A CONSULTA, NOS DESLINDAMOS DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR

\_\_\_\_\_  
C.D. ESPECIALISTA ORTODONCIA