



CONSENTIMIENTO INFORMADO

La obtención de este documento representa un derecho del paciente y una obligación del personal de asistencia en salud, a fin de garantizar le sea suministrado la información completa, veraz, y oportuna de su condición de salud bucal, lo cual le permite decidir someterse o no a un tratamiento odontológico, a ejecutar por estudiantes de Pre o Post grado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, bajo la supervisión de profesores universitarios.

Alumno (a) tratante: _____ C.I.: _____

A través de la presente, Yo _____, titular de la cédula de identidad N° _____, declaro y manifiesto en pleno uso de mis facultades mentales, libre y espontáneamente, lo siguiente:

He sido informado (a) y comprendo la necesidad de ser atendido (a) por el od. tratante., que esta realizando una investigación titulada _____, cuyo propósito es _____.

He sido informado (a) y comprendo la opción u opciones de tratamiento presentadas a mi condición particular, explicándoseme en forma detallada en que consisten y como se llevarán a cabo dichos procedimientos. He sido informado (a) y comprendo la necesidad de realizar, si es preciso, tratamientos de carácter médico/quirúrgicos, incluyendo el uso de anestesia local y general, sedación; siempre y cuando sea necesario y bajo criterio del especialista.

Acepto la realización de cualquier prueba diagnóstica necesaria para el tratamiento odontológico, incluyendo la realización de estudios radiográficos y analíticos, interconsultas con cualquier otro servicio médico/odontológico en general; cualquier método que sea propuesto en orden de las consecuencias de los fines proyectados y para conocer el estado de mi salud.

He sido informado (a) y comprendo tanto los beneficios que se pueden esperar, así como los riesgos y posibles complicaciones de los procedimientos a realizar en mi caso.....; entiendo que no recibiré remuneración alguna, no obstante, recibiré compensación por cualquier lesión ocasionada durante el estudio.

Autorizo al alumno (a) tratante, si surgiese cualquier situación inesperada o sobrevenida del tratamiento, para realizar cualquier procedimiento o maniobra distinta de las proyectadas, que a su juicio estimase oportunas para su resolución.

Autorizo al alumno (a) tratante y a su equipo de trabajo, para obtener fotografías, videos y/o registros gráficos bajo los principios bioéticos durante las diferentes fases del tratamiento para difundir resultados o iconografía en revistas médicas/odontológicas y en ámbitos científicos.

Informo que me ha sido explicado que para la realización del tratamiento es imprescindible mi colaboración con una buena higiene bucal, escrupulosa y con visitas periódicas para mi control clínico y radiográfico, siendo así, que su omisión puede provocar resultados distintos a los esperados.

Entiendo que toda la información suministrada en cuanto a mi persona se refiere, queda bajo estricta confidencialidad de la información.

Acepto me sea referido a algún otro odontólogo o servicio odontológico, en caso de ruptura de la relación odontólogo- paciente, por diversas razones.

Doy mi consentimiento al tratante, al tutor profesor universitario y al equipo de ayudantes, para realizar el tratamiento pertinente, puesto que sé que es por mi propio interés, quedando entendido que puedo retirar ese consentimiento por escrito cuando así lo desee.

Nombre y firma del paciente
(Docente/ estudiante de Postgrado)

Nombre y firma del tratante

Nombre del estudiante

C.I. _____

C.I. _____

C.I. _____

Nº M.P.P.S _____

Lugar y fecha:

Sell