

**CONSENTIMIENTO PARA PRÁCTICAS ODONTOLÓGICAS CLÍNICO-QUIRÚRGICAS.**

Ciudad y fecha: ....., ...../...../20.....

**1.** Yo ....., habiéndome explicado en términos sencillos el siguiente **diagnóstico:** ....., y tras haber recibido información clara y detallada acerca de los objetivos, alcances, características y beneficios esperados del tratamiento propuesto, autorizo al **Dr./a.....**, y su equipo, a realizar el siguiente **tratamiento odontológico**.....

**2.** Se me ha brindado la siguiente información y los siguientes puntos han sido explicitados:

a) Consideraciones Preoperatorias:

Se me ha especificado que puede resultar necesario la administración de anestésicos de uso habitual en prácticas odontológicas clínico-quirúrgicas, ante lo cual doy mi conformidad para ello, manifestando no ser alérgico a los anestésicos locales que habitualmente se utilizan, tales como .....

Asimismo manifiesto no ser diabético, ni padecer trastornos de coagulación, ni ser portador de una cardiopatía, que obligaría a utilizar anestesia local sin vasoconstrictor.

Autorizo que en los casos que se requiera se me indique la toma de antibióticos.

b) Consideraciones Operatorias:

Me han sido explicados los riesgos y eventuales complicaciones propias del procedimiento a realizar en cada una de las piezas a tratar, entre las cuales a título ejemplificativo se me han enunciado las siguientes:

c) Consideraciones Posoperatorias:

c.1) Me han sido explicados los síntomas de alarma que pudieran derivar del procedimiento realizado, y cómo manejarlos ante los mismos, debiendo en cualquier caso concurrir de inmediato a control.

c.2) Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución del procedimiento realizado, cumpliendo fielmente las indicaciones dadas, hasta que me sea otorgada el alta definitiva. Me comprometo, además, a informar de inmediato cualquier cambio que apareciera en la normal evolución posoperatoria de acuerdo a las explicaciones que mi odontólogo me brindo sobre el particular.

**3.** Declaro no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, los cuales se hayan referidos en mi historia clínica. Manifiesto ser alérgico a .....

**4.** Estoy en conocimiento de que durante el curso del tratamiento condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas, por lo que autorizo y requiero que el odontólogo, y/o quien él designe, realice/n las indicaciones o procedimientos que sean necesarios y deseables a su juicio profesional.

**5.** Estoy en conocimiento de que durante el procedimiento se utilizará/puede requerirse la utilización de anestesia..... Se me han informado además los riesgos y eventuales complicaciones propias del procedimiento anestésico.

**6.** Asimismo se me han explicado los riesgos y complicaciones que puede traerme aparejado no acceder al tratamiento propuesto, enunciándose los siguientes a título ejemplificativo:

**7.** Soy consciente que la práctica de la odontología no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el profesional me ha informado adecuadamente del resultado deseado del tratamiento, no me han sido garantizados la obtención del mismo.

**8.** Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento donde se me realizará el tratamiento odontológico, en la medida que los destinatarios sean profesionales de la salud, instituciones de atención odontológica, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención odontológica que se me haya prestado. Asimismo autorizo la documentación del tratamiento y procedimientos por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva acerca de mi identidad.

**9.** Se me ha explicado que en cualquier momento antes o durante la ejecución del tratamiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución o continuidad, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.

**10.** He leído detenidamente este instrumento, lo he entendido totalmente en base a toda la información que se me ha proporcionado, por lo que suscribo el presente de plena conformidad.

**Firma del paciente:** .....

**Documento:** .....

**Aclaración:**.....

**SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:**

Por la presente dejo constancia que concuro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

**(1) Firma:** .....      **(2) Firma:** .....

**Aclaración:** .....      **Aclaración:** .....

Documento: .....      Documento: .....

Teléfono: .....      Teléfono: .....

Domicilio: .....      Domicilio: .....

(1)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: .....

(2)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: .....