

Yo _____ cédula No. _____

En mi calidad de paciente y en pleno uso de mis facultades mentales, libre y voluntariamente; en cumplimiento de la **normativa**: _____ que regula los derechos y obligaciones de los pacientes, en materia de información y de decisión libre e informada.

Declaro

Que el (la) Doctor (a) _____ me ha informado sobre mi estado de salud bucal, los riesgos reales y probables que se pueden presentar como consecuencia de mi enfermedad, cuyo diagnóstico es: _____ y pronóstico: _____.

En consecuencia autorizo a que se me realice el procedimiento odontológico siguiente:

Teniendo en cuenta que:

1. He comprendido la naturaleza y propósito del procedimiento
2. Me han informado los beneficios de la intervención y las consecuencias de la denegación
3. Se me explicó los riesgos, las probables complicaciones y secuelas del tratamiento
4. Se me informó que tipo de anestesia y medicamentos se utilizarán en el procedimiento y sus riesgos
5. Comprendo que el profesional se compromete a poner todos los medios a su alcance para el éxito del tratamiento, pero que también actúan factores propios de mi organismo y mi conducta, por tanto, acepto que no hay ninguna garantía en cuanto al resultado y a la curación.
6. Me comprometo a cumplir todo lo indicado en el pre-operatorio y post-operatorio y a concurrir al consultorio ante cualquier duda o complicación
7. Estoy satisfecho (a) con la información proporcionada
8. Entiendo que mi consentimiento puede ser revocado, por escrito, en cualquier momento antes y durante la realización del procedimiento
9. Reconozco que todos los datos proporcionados referente a la historia médica son ciertos y no he omitido ninguno que pueda influir en el tratamiento

Por tanto, declaro estar debidamente informado y doy mi expreso consentimiento a la realización del tratamiento propuesto.

Firma del paciente: _____ Firma del odontólogo: _____

Firma del responsable (en caso de menores de edad): _____

Fecha: _____