

# CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ODONTOLOGÍA

Yo, **Hugo Pulido**, identificado (a) con **CC No. 79759587** como aparece al pie de mi firma, obrando en la calidad abajo indicada, en desarrollo del artículo 15 de la Ley 23 de 1981, hago las siguientes declaraciones:

1. Por medio del presente documento, en forma libre, en pleno uso de mis facultades mentales y sin limitaciones o impedimentos de carácter médico o legal, habiendo recibido información por parte del odontólogo tratante, otorgo mi consentimiento para que se me practiquen LOS PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS diagnósticos y/o terapéutico que considere necesario y justificado.

2. Se le propone realizarle: Pieza: 25 Cara: Distal Diagnóstico: Tratamiento:

Pieza: 26 Cara: Distal Diagnóstico: Tratamiento: EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INCRUSTADO EN CONJUNTIVA, POR INCISIÓN SOD +

Pieza: 24 Cara: Vestibular Diagnóstico: Tratamiento:

Pieza: 34 Cara: Uclusal Diagnóstico: Tratamiento:

3. Complicaciones: Aunque es un procedimiento seguro puede presentarse complicaciones en el cual están involucrados los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo, los microorganismos que habitan nuestro cuerpo y la interrelación que entre ellos existe. Este hecho pone de manifiesto que existen algunos riesgos como infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales o reacciones adversas a medicamentos. La posibilidad de que estas complicaciones se presenten se pueden minimizar conociendo el estado de salud actual y los antecedentes médicos. Por lo tanto, doy fe de que los datos aquí consignados son reales y cualquier olvido u omisión son mi responsabilidad y asumo el riesgo y el costo por el plan de tratamiento acordado, el cual se me ha explicado hasta mi total conformidad.

Relacionados con la anestesia local: \_\_\_\_\_

Otras complicaciones: \_\_\_\_\_

4. Así mismo autorizó a la Clínica de manera expresa para que su personal auxiliar, odontológico y de auditoría acceda a la información aquí consignada para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva necesaria.

5. Asumo el costo por el plan de tratamiento acordado, el cual se me ha explicado hasta mi total conformidad.

6. Declaro que he sido advertido(a) por el médico sobre los riesgos y beneficios del procedimiento, y que la práctica del mismo compromete una actividad médica de medio en el campo diagnóstico y/o terapéutico, pero no de resultado.

7. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido en su integridad por mí y que las dudas e interrogantes que he formulado me han sido resueltos mediante explicaciones claras sobre los asuntos o temas de mi interés.

## CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO:

Como paciente: SI NO

Como responsable del paciente:(Padre o Madre si es menor; representante legal, familiar o representante u otras personas que figuren como tales en la H. C.) SI NO

Fecha de notificación: \_\_\_\_\_

Firma del paciente o representante:

A handwritten signature in black ink, consisting of a series of connected loops and curves, positioned within a rectangular box.

Nombre de personal que recibe el consentimiento: \_\_\_\_\_

Firma de personal que recibe el consentimiento: \_\_\_\_\_