

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre:Apellidos.....,

2.- INFORMACIÓN GENERAL.

En Clínica Río Blanco por indicación del odontólogo tratante, el que me ha entregado la información que considero adecuada y ha contestado, en forma satisfactoria, todas mis dudas con respecto a los siguientes puntos:

1. El posible diagnóstico:_____
2. He recibido información sobre los objetivos del tratamiento o procedimiento dental, así como de las características, los beneficios del tratamiento de la afección y las consecuencias y riesgos de no tratarme.
3. Durante el tratamiento recibiré información de los cambios necesarios sobre lo planificado en forma inicial.

Durante el tratamiento podré, cuando lo requiera, y estime conveniente pedir información adicional acerca de éste, de su evolución, o pedir el alta en los casos que sea procedente, previa conversación con el tratante, lo que será debidamente documentado y firmado por mí en el documento de Rechazo o revocación de consentimiento informado.

3. DECLARO

Por el presente documento de constancia que acepto realizarme el siguiente tratamiento y/o procedimiento indicado:

4. CONSENTO

En Los Andesde..... del

RUN. Firma Paciente.....

REPRESENTANTE LEGAL.

Nombre: Apellidos.....,

RUN. Firma Representante legal.....

IDENTIFICACIÓN DEL ODONTÓLOGO (NOMBRE Y 2 APELLIDOS O TIMBRE)

.....

Firma Odontólogo.....