

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE REHABILITACIÓN ORAL

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre:Apellidos.....,

2.- INFORMACIÓN GENERAL.

Por indicación del Odontólogo tratante, quien me entregó la información adecuada en forma verbal y ha contestado satisfactoriamente, todas mis dudas con respecto a:

1. El diagnóstico que me ha informado el odontólogo tratante es:
.....
2. En este caso, he sido informado de manera adecuada acerca de las características del tratamiento, de sus resultados, de sus riesgos y complicaciones más frecuentes, como también acerca de los más graves. Me han quedado claras las consecuencias de no realizarlo y me han explicado todas las alternativas al respecto.
3. Durante el tratamiento recibiré información de los cambios necesarios sobre lo planificado en forma inicial.
4. Durante el tratamiento podré pedir y recibir información adicional sobre la evolución, o solicitar el alta bajo mi responsabilidad, previa conversación con el dentista 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 consiento y acepto realizarme el siguiente procedimiento **(marcar con X el tratamiento seleccionado por el paciente)**

- a. _____ Prótesis removible.
- b. _____ Prótesis fija.
- c. _____ Prótesis de complementación.
- d. _____ Prótesis sobre implantes.

4. CONSIENTO

En Los Andes de..... del 201.....

RUN. Firma Paciente.....

REPRESENTANTE LEGAL.

Nombre: Apellidos.....,

RUN. Firma Representante legal.....

IDENTIFICACIÓN DEL ODONTÓLOGO (NOMBRE Y 2 APELLIDOS O TIMBRE)

.....
Firma Odontólogo.....