



@od.elibethvillalobos
+58 412 853 0414
info@odelibethvillalobos
www.odelibethvillalobos.com



Elibeth Villalobos
Odontologa

Consentimiento Informado

Por medio de la presente, Yo,, titular de la cédula de identidad No. _____, declaro y manifiesto, en pleno uso de mis facultades mentales, libre y espontáneamente, lo siguiente:

- 1.- He sido informado (a) y comprendo la necesidad de ser atendido (a) por el Odontólogo, tratante.
- 2.- He sido informado (a) y comprendo las opciones de tratamiento presentadas a mi condición particular, explicándoseme en forma detallada, en qué consiste y como se llevarán a cabo dichos procedimientos.
- 3.- Acepto la realización de cualquier prueba diagnóstica necesaria para el tratamiento quirúrgico, incluyendo la realización de placas radiográficas y exámenes o interconsultas con cualquier otro servicio médico/odontológico en general; cualquier método que sea propuesto en orden de las exigencias de los trabajos presentados a las diversas sociedades científicas.
- 4.- He sido informado (a) y comprendo la necesidad de realizar, si es preciso, tratamiento de carácter médico quirúrgico, incluyendo el uso de anestesia local, general, sedación, siempre y cuando sea necesario y bajo criterio del especialista.
- 5.- He sido informado (a) y comprendo las eventualidades que se pueden esperar, así como los riesgos y posibles complicaciones de los procedimientos a realizar en mi caso.
- 6.- Autorizo al tratante, si surgiera cualquier situación inesperada o sobrevenida del tratamiento, para realizar cualquier procedimiento, o para la corrección de los proyectados, que a su juicio, sea oportuno para su resolución.
- 7.- Autorizo al tratante y a su equipo de trabajo, para obtener fotografías, videos y/o registros gráficos, bajo los principios bioéticos durante las diferentes fases del tratamiento para difundir resultados o iconografías en revistas médicas/odontológicas, y en ámbitos científicos.
- 8.- Informo que he sido informado (a) que para la realización del tratamiento es imprescindible mi colaboración con una buena higiene bucal, escrupulosa y con vistas periódicas para mi control clínico y radiográfico, siendo así, que su omisión puede provocar resultados distintos a los esperados.
- 9.- Entiendo que la información de mi persona en cuanto a mi persona se refiere, queda bajo estricta confidencialidad.
- 10.- Acepto que sea referido a algún odontólogo o servicio odontológico, en caso de ruptura de la relación Odontólogo paciente, por diversas razones. Doy mi consentimiento al tratante, al tutor especialista y al equipo de ayudantes, para realizar el tratamiento odontológico y/o que es por mi propio interés a partir del día _____

Paciente	CI	Firma	Pulgar D
----------	----	-------	----------

_____	_____	_____	
-------	-------	-------	--

Paciente	CI	Firma	Pulgar D
----------	----	-------	----------

_____	_____	_____	
-------	-------	-------	--