



CONSENTIMIENTO INFORMADO HIGIENE ORAL
A-TIC-HC-MA-001-PR-003-FO-004 V1 21-01-2022

Yo, _____, con CC No. _____
autorizo a CENTRO DE CIRUGIA MINIMA INVASIVA S.A.S. - CECIMIN S.A.S. y al equipo
médico que éste disponga para realizar el siguiente tratamiento:

El (La) Dr.(a). _____ me ha explicado en forma
suficiente y adecuada en qué consiste el tratamiento y me ha indicado así mismo cuáles
son sus beneficios, alternativas, riesgos, posibles complicaciones o molestias que pueden
presentarse, y me ha permitido hacer las preguntas necesarias las cuales se me han
respondido en forma satisfactoria. Me ha señalado como los riesgos más comunes y
frecuentes del tratamiento los siguientes:

- Hemorragia en las encías
- Sensibilidad
- Sensación de aflojamiento de los dientes
- Movilidad en los dientes
- Desalojo de obturaciones
- Coronas e incrustaciones
- Laceraciones en labios, encías o mucosas
- Otras: _____

Al igual me han indicado los principales beneficios y posibles alternativas del
tratamiento las cuales son :

Entiendo por lo tanto que en el curso del tratamiento pueden presentarse situaciones
especiales e imprevistas que requieran procedimientos adicionales y autorizo la
realización de estos, que el profesional tratante considere necesarios. Adicionalmente el
profesional me ha explicado y autorizo el uso de la Cápsula para control de aerosoles
como medida implementada para la atención segura en la consulta odontológica y como
complemento a los elementos de protección personal establecidos y que actúa como
dispositivo de barrera para el control de aerosoles, partículas y microgotas, generados
durante los procedimientos odontológicos. Comprendo las implicaciones del presente
consentimiento, me encuentro en capacidad de expresarlo y dejo constancia que los
espacios en blanco han sido llenados antes de mi firma. El suscrito
_____ deja constancia que ha explicado la naturaleza,
propósito, ventajas, riesgos y alteraciones del tratamiento señalado y que han respondido
todas las preguntas formuladas por el paciente o la persona responsable de éste.

FIRMA DEL PROFESIONAL Y NÚMERO DEL REGISTRO _____
FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE* _____

Tipo: _____ No. _____

TESTIGO _____ Tipo: _____ No. _____