



**CONSENTIMIENTO INFORMADO OPERATORIA  
A-TIC-HC-MA-001-PR-003-FO-006 V1 21-01-2022**

Yo, \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_  
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 consecuencias,  
ventajas, 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 los riesgos o posibles complicaciones más comunes y frecuentes del  
tratamiento siendo los siguientes: dolor, pulpitis, sangrado, desadaptaciones,  
pigmentaciones cambios de color del diente y de la resina, necrosis pulpar, fracturas de  
la restauración, fracturas coronales o radiculares, periodontitis entre otras,

\_\_\_\_\_.

Me ha señalado los beneficios y posibles alternativas del procedimiento como lo 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 dejó constancia que los espacios en blanco han sido llenados antes de mi  
firma. El suscrito \_\_\_\_\_ deja constancia que ha  
explicado la naturaleza, propósito, ventajas, beneficios, alternativas, riesgos y posibles  
complicaciones 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. \_\_\_\_\_