



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PERIODONCIA
A-TIC-HC-MA-001-PR-003-FO-007 V1 21-01-2022**

Yo, _____, con cédula _____ 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: PERIODONCIA. CONTROL.

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:

- Dolor postoperatorio.
- Sangrado.
- Infección o absceso que puede requerir tratamiento o drenaje.
- Inflamación temporal de la cara.
- Reacciones alérgicas a medicamentos.
- Lesiones en los dientes.
- Laceraciones o retracciones en encías.
- Presencia de aftas en mucosas orales, queilitis angulares (lesión comisura labial).
- Trastornos en la articulación temporomandibular.
- Cicatrización deficiente.
- Movilidad dental de uno o todos los dientes.
- Sensibilidad dental.
- Otras tales como:

Al igual me ha indicado los beneficios y posibles alternativas para el tratamiento los cuales son :

Entiendo por lo tanto que en el curso del tratamiento pueden presentarse situaciones especiales e imprevistas que requieren 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/ beneficios, riesgos y alteraciones del tratamiento señalado y que han



CONSENTIMIENTO INFORMADO PERIODONCIA
A-TIC-HC-MA-001-PR-003-FO-007 V1 21-01-2022

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. _____