



**CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL**  
**A-TIC-HC-MA-001-PR-003-FO-003 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 y 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 informado los siguientes beneficios del plan de tratamiento propuesto frente a otras alternativas:

\_\_\_\_\_.

Me ha señalado como los riesgos y posibles complicaciones más comunes y frecuentes del tratamiento los siguientes:

\_\_\_\_\_.

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, 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. \_\_\_\_\_