



**CONSENTIMIENTO INFORMADO REHABILITACIÓN**  
**A-TIC-HC-MA-001-PR-003-FO-008 VI 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, riesgo 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 señalado como los riesgos más comunes y frecuentes del tratamiento los  
siguientes:

- Presión
- Desalojo de temporales
- Desalojo de núcleos en uso
- Fractura de porcelana
- Desalojo de coronas fractura de dientes acrílicos
- Fractura de pasta base-perforación de placa oclusal por desgaste
- Otros: \_\_\_\_\_

Al igual me han descrito los beneficios y posibles alternativas los 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, beneficios, alternativas, riesgos y 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. \_\_\_\_\_