

CONSENTIMIENTO INFORMADO

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Paciente:	Paciente Dos
Odontólogo:	Carlos Martinez
Tratamiento:	Extracción Dental
Fecha:	01/11/2025
Estado:	PENDIENTE

CONTENIDO DEL CONSENTIMIENTO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO Yo, Paciente Dos, con CI 23456789, doy mi consentimiento para el tratamiento odontológico propuesto. He sido informado/a sobre: - Los beneficios del tratamiento - Los riesgos asociados - Las alternativas disponibles - El costo estimado Fecha: 2025-11-01

RIESGOS ASOCIADOS

Dolor, inflamación, sangrado temporal, posible infección

BENEFICIOS ESPERADOS

Mejora de la salud bucal, eliminación del dolor

ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Tratamientos alternativos disponibles según el caso