

Clínica Dental

Ingrese la dirección de la clínica
Teléfono: +56912345678 | Email: contacto@clinica.com
Fecha de Generación: 29/11/2025 02:50

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Test consentimiento

A. IDENTIFICACIÓN Y ANTECEDENTES

Nombre Completo del Paciente:	Diego Soto
RUT:	21129164-8
Email:	ag888sto@gmail.com
Teléfono:	+56923657688

B. INFORMACIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO

B.1. Diagnóstico y Justificación del Tratamiento

Piezas superiores torcidas

TEST

B.2. Naturaleza y Objetivos del Tratamiento

Naturaleza del Procedimiento:

TEST

Objetivos del Tratamiento:

TEST

B.3. Información General del Procedimiento

TEST

B.4. Alternativas de Tratamiento

TEST

B.5. Riesgos y Complicaciones Relevantes

TEST

B.6. Beneficios Esperados

TEST

B.7. Pronóstico

TEST

B.8. Cuidados Postoperatorios

TEST

C. DECLARACIÓN DEL PACIENTE Y FIRMAS

DECLARACIÓN DE COMPRENSIÓN:

Yo, el paciente o su representante legal, declaro que he sido informado de forma clara, comprensible y oportuna sobre mi diagnóstico, los riesgos, beneficios y alternativas del procedimiento propuesto, de acuerdo con lo establecido en la **Ley N° 20.584** sobre Derechos y Deberes de las Personas en relación con las Acciones vinculadas a su Atención en Salud.

DERECHO DE REVOCACIÓN:

Conozco que tengo el derecho a revocar libremente este consentimiento en cualquier momento previo al inicio del tratamiento.

FIRMAS

PACIENTE	
PROFESIONAL TRATANTE	
Nombre:	Fabian Ignacion Quezada Cisterna
RUT:	123213213
Registro Superintendencia de Salud:	4213321313
Firma:	_____

Documento generado el: 29/11/2025 02:50

*Este documento cumple con los requisitos de la **Ley N° 20.584** sobre Derechos y Deberes de las Personas en relación con las Acciones vinculadas a su Atención en Salud.*