

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS DENTALES

Puebla. Pue., a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nombre completo del paciente \_\_\_\_\_

Número de expediente \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Diagnostico pre operatorio \_\_\_\_\_

Tratamiento al que va ser sometido \_\_\_\_\_

Complicaciones posibles \_\_\_\_\_

Beneficios esperados del tratamiento \_\_\_\_\_

Tratamientos alternativos \_\_\_\_\_

Consecuencias de la no realización del tratamiento \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de edad,

con domicilio en \_\_\_\_\_

En pleno uso de mis facultades mentales por medio de la presente DECLARO:

1.- Que se me ha explicado y he comprendido cabalmente que es necesario que se me realice el tratamiento dental explicado anteriormente y tengo conocimiento a través del cirujano dentista tratante de los diagnósticos que presenta, la naturaleza de la enfermedad y la evolución natural, objetivos del tratamiento propuesto, así como las alternativas del tratamiento que pueden ser practicadas, descripción de las consecuencias derivadas del tratamiento o intervención, beneficios y complicaciones comunes que se pueden desencadenar durante o después del mismo.

2.- Que me han informado a mi entera satisfacción de los procedimientos dentales a los que seré sometido .

3.- Estoy de acuerdo que sea sometido a anestesia local en caso que fuera necesario, sabiendo los riesgos que ello implica, delegando al odontólogo (a) la elección del tipo de anestesia.

5.- Comprendo y entiendo que si no me realizo el tratamiento odontológico descrito, podría sufrir cualquiera de los siguientes problemas: Enfermedad ósea, inflamación de las encías, infección, sensibilidad, movilidad de los dientes o pérdida de los mismos, así como dolor, inflamación, fractura del órgano dentario por deterioro, pulpitis, inflamación del nervio, hematomas y hemorragias (moretones-sangrado)

6.- Que conozco que todo procedimiento quirúrgico menor o mayor tiene el riesgo inherente de complicaciones locales o sistémicas que incluso pueden poner la vida en peligro y específicamente por tratarse de la patología de fondo relacionada al tratamiento a realizar.

7.- Comprendo que la odontología no es una ciencia exacta, por lo que los resultados están sujetos a múltiples factores.

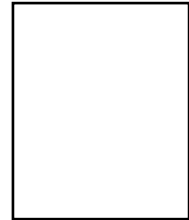
8.- He tenido información clara y suficiente, la oportunidad de preguntar y he obtenido respuestas satisfactorias.

9.- Me siento libre para decidir de acuerdo a mis valores e intereses y me declaro competente para tomar la decisión que corresponda, consciente que he sido informado (a) para aceptar el procedimiento, por lo que firmo bajo mi libre voluntad y en presencia de dos testigos, sin haber estado sujeto a ningún tipo de presión.

10.- Me comprometo a acudir a mis citas subsecuentes y a revisión médica ante cualquier duda o molestia.

Lo anterior con fundamento en el artículo 80 del reglamento de LA LEY GENERAL DE SALUD Y EN LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA2-2012 DEL EXPEDIENTE CLINICO Y LA NORMA OFICIAL MEXICANA 0013-SSA2-2015 PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES BUCALES.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma o huella del paciente o representante legal



\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de testigo 1

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de testigo 2

#### **DECLARATORIA MEDICA**

He explicado el contenido de este documento y he respondido todas las preguntas del familiar, responsable y/o representante legal por lo que considero se encuentra debidamente informado del procedimiento a realizar y de sus posibles complicaciones.

Lo anterior con fundamento en el Artículo 80 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y en Norma Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2012** del Expediente Clínico.

\_\_\_\_\_  
Nombre completo, cédula profesional  
Y firma del médico tratante

#### **NEGACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Por la presente, NIEGO el consentimiento para que sean realizados los procedimientos dentales necesarios, consciente que he sido informado (a) de las consecuencias que resulten de esta negativa.

\_\_\_\_\_  
Nombre completo y firma del paciente o representante legal