

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS DENTALES

Puebla. Pue., a _____ de _____ de _____

Nombre completo del paciente _____

Número de expediente _____ Sexo _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Diagnóstico 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 perdida 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 YEN LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA2-2012 DEL EXPEDIENTE CLINICO Y LA NORMA OFICIAL MEXICANA 0013-SSA2-2015 PARA LA PREVENCION 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 Medica 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