



Modelo de **CONSENTIMIENTO INFORMADO BILATERAL**

Entre el/la Sr./Sra. .... DNI ..... ,  
domicilio real ..... N° ..... Depto. .... ,  
representada en este acto por ..... DNI ..... ,  
en adelante "EL PACIENTE" por una parte; y por la otra, el Dr./Dra. .... ,  
docente de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata. Matrícula ..... ,  
DNI ..... , en adelante "EL PROFESIONAL", y los alumnos:

..... DNI ..... como operador,  
..... DNI ..... como 1º ayudante,  
..... DNI ..... como 2º ayudante;

bajo su supervisión conforme al *Art. 41 de la Ley 17.132*, se conviene la celebración del presente acuerdo de consentimiento informado de acuerdo a lo dispuesto por la *Ley N° 26.529*, *Ley N° 26.657*, *Ley N° 26.742* y su *Decreto reglamentario N° 1089/2012*, sujeto a las siguientes cláusulas:

**PRIMERA:** *EL PROFESIONAL*, luego de la evaluación *DEL PACIENTE*, le informa que éste padece (explicar la naturaleza de la patología y su evolución natural): .....

**SEGUNDA:** *EL PROFESIONAL* propone para el tratamiento de la patología detallada en el artículo primero, realizar el siguiente procedimiento (explicar en qué consiste el procedimiento propuesto y cómo se llevará a cabo): .....

Los beneficios razonables del tratamiento propuesto consisten (detallar los cuidados anteriores y posteriores que *el paciente* tendrá que realizar): .....

Las consecuencias de la denegación por parte *DEL PACIENTE* son (*el profesional* deberá explicitar qué consecuencias tendrá el paciente si no se realiza el tratamiento propuesto): .....

Los riesgos del tratamiento, probables complicaciones, mortalidad y secuelas son (se deberán describir las complicaciones comunes de cualquier intervención y las potencialmente serias en función del estado de salud del paciente): .....

Ante la imposibilidad o la incapacidad de brindar el consentimiento informado a cualquier actuación profesional, podrán hacerlo el cónyuge o conviviente, los hijos mayores de 18 años, los padres, los hermanos, los abuelos, otros familiares directos o el tutor. *El PACIENTE* designa a (nombrar a los familiares designados):

**CUARTA:** EL PACIENTE en este acto SI ☐ NO ☐ OTORGA el consentimiento para que se le realice el procedimiento propuesto.

**SEXTA:** El paciente SI ☐ NO ☐ **AUTORIZA AL PROFESIONAL** a obtener fotografías, videos o registros gráficos para difundir resultados o iconografía en revistas médicas y/o ámbitos científicos.

**SÉPTIMA:** El paciente SI ☐ NO ☐ **AUTORIZA AL PROFESIONAL** a que se le realice una extracción de sangre en cualquier momento, antes, durante o después del tratamiento.

**NOVENA:** La Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata se constituye en domicilio legal *DEL PROFESIONAL*, ubicada en Calle 50 entre 1 y 115 de La Plata, Buenos Aires, Argentina y también se convierte en depositario del presente consentimiento informado que incorpora a la historia clínica.

**DÉCIMA PRIMERA:** Para el caso de suscitarse diferendos en la interpretación o ejecución de este acuerdo las partes se comprometen con carácter previo a elegir un mecanismo o método consensuado de prevención y solución de conflictos. Las partes constituyen domicilios en el encabezado del presente, donde serán válidas todas las comunicaciones.

**DÉCIMA SEGUNDA:** En prueba de conformidad con las cláusulas precedentes, siendo las ..... horas, se formaliza el presente convenio en la Ciudad de La Plata a los ..... días del mes de ..... del año .....-

Firma:  DNI:  Aclaración:

*Firma:*  *DNI*  *Nombre:*

Firma:  DNI  Nombre:

Firma:  DNI:  Nombre:

**Firma:**  **DNI:**  **Nombre:**

**Firma:**  **DNI**  **Nombre:**