

Firma y sello del docente

Radiografías Periapicales

Rx Preoperatoria

Rx Intermedia 1

Rx Intermedia 2

Rx Intermedia 3

Rx Posoperatoria

| | Fecha | Código | Pieza o Sector | Cara | Tratamiento | Apellido y Nombre del Alumno | Firma del Docente | Nota | Firma del Paciente |
|-----|-------|--------|----------------|------|-------------|------------------------------|-------------------|------|--------------------|
| 1. | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | | | |
| 6. | | | | | | | | | |
| 7. | | | | | | | | | |
| 8. | | | | | | | | | |
| 9. | | | | | | | | | |
| 10. | | | | | | | | | |
| 11. | | | | | | | | | |
| 12. | | | | | | | | | |
| 13. | | | | | | | | | |
| 14. | | | | | | | | | |
| 15. | | | | | | | | | |
| 16. | | | | | | | | | |
| 17. | | | | | | | | | |
| 18. | | | | | | | | | |
| 19. | | | | | | | | | |
| 20. | | | | | | | | | |
| 21. | | | | | | | | | |
| 22. | | | | | | | | | |
| 23. | | | | | | | | | |
| 24. | | | | | | | | | |
| 25. | | | | | | | | | |
| 26. | | | | | | | | | |
| 27. | | | | | | | | | |
| 28. | | | | | | | | | |
| 29. | | | | | | | | | |
| 30. | | | | | | | | | |

Consentimiento Informado

En este acto, yo

Apellido y Nombre del paciente

DNI/Pas.

declaro que

Apellido y Nombre del docente

me ha explicado que el tratamiento que voy a recibir implica:

Por lo que tendré que

Cuando se me interrogó sobre mi estado de salud, hábitos y comportamiento, he contestado con la verdad y ha quedado asentado en la historia clínica. Entendí las explicaciones del estudiante y el docente, que las expuso en forma sencilla, y además las escribí en este documento, me explicó las distintas posibilidades de tratamiento y de los riesgos y complicaciones que puedan sobrevenir, permitiéndome realizar observaciones y aclarando todas mis dudas. Comprendo que el estudiante y el docente se compromete a poner todos los medios a su alcance para el resultado del tratamiento, pero que pueden actuar muchos factores, algunos dependerán de la respuesta de mi organismo y otros de mi conducta, por lo que me comprometo a cumplir todas las indicaciones e instrucciones y concurrir al consultorio ante cualquier duda o complicación, además de los controles periódicos. También entiendo que en cualquier momento y sin mediar explicación alguna puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por todo ello manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento en tales condiciones. Además, acepto se me extraiga una muestra de sangre en caso de accidente punzante.

Datos del padre, madre o tutor

Apellido y Nombre

DNI

Teléfono

Domicilio

Firma del paciente, padre, madre o tutor

Firma y sello del docente