

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo

DNI

dedaro

voluntariamente que he recibido información clara, precisa y adecuada por parte del profesional interviniente con respecto a

- a) Mi estado de salud bucal (Buena - Regular - Mala)
- b) El procedimiento propuesto (especificar con nombre completo la practica a realizar por ej. tratamiento endodóntico o de conductos radiculares o procedimiento quirúrgico) el cual consiste en
- c) Se me han explicado los beneficios esperados de las practicas a realizar (describir cuales son los beneficios) y los riesgos molestias y efectos adversos previsibles que pueden surgir (especificar)
- d) También se me ha especificado acerca de los procedimientos alternativos y sus riesgos beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto (especificar cuales son los procedimientos alternativos así como los riesgos beneficios y perjuicios que pueden surgir en relación como alternativa al tratamiento propuesto)
- e) He sido claramente informado y advertido de las consecuencias previsibles sobre la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados (describir cuales serían las consecuencias)
- f) Se me ha solicitado previamente mi aprobación para la realización de documentación³ fotografica filmica o cualquier otro tipo de imágenes con el objetivo de aplicarlos con fines científicos o académicos resguardando mi identidad datos filiatrónicos y procedencia
- g) Declaro haber comprendido todas las explicaciones facilitadas en un lenguaje claro y sencillo y he sido plenamente informado en todo lo referente a la realización y posibles complicaciones del tratamiento elegido
- h) Se me ha informado de la necesidad de emplear los métodos diagnósticos necesarios que se consideren oportunos para el tratamiento propuesto (describir cuales podrían ser los métodos a utilizar y si existen complicaciones en los mismos)
- i) Se me ha informado que en cualquier momento y sin necesidad de dar mas explicaciones puedo revocar el presente consentimiento y hacer las observaciones y/o las modificaciones convenientes asumiendo la decisión en cuanto a consentir o rechazar los tratamientos indicados manifestación de mi voluntad y que la misma fue adoptada en conocimiento de los riesgos previsibles que implica esta decisión
- j) Se me ha explicado claramente que la firma de este consentimiento no significa la pérdida de derechos que legalmente me corresponden de acuerdo a las leyes vigentes en la Republica Argentina

Me someto libre y voluntariamente para que el tratamiento sea efectuado por el alumno

en proceso de formación, con la supervisión docente y cumplir con las indicaciones dadas y que también se han confeccionado en receta por separado.

Consentimiento firmado en _____ a _____ de _____ de 20____

Paciente o tutor	Profesional
------------------	-------------

Asentimiento del paciente (solo en caso de ser menor de edad)

Dr/Dra _____

Seguro Nº _____ Companhia _____

Telefono de Servicio o Catedra (dias y horarios):

[illegible]