

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

Documento Clínico - Legal de Odontología General

1. IDENTIFICACIÓN DE LAS PARTES

DATOS DEL PACIENTE:

Nombres y Apellidos:	Cédula:	Edad:	Teléfono:
Representante Legal (si aplica):	Cédula:	Parentesco / Carácter:	

DATOS DEL ODONTÓLOGO TRATANTE:

Nombres y Apellidos:	Cédula:	N° C.O.V.:	N° C.O.C.:	N° M.P.P.S.:
----------------------	---------	------------	------------	--------------

2. DIAGNÓSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO (A COMPLETAR POR EL ODONTÓLOGO)

Diagnóstico(s) Clínico(s):

Tratamiento(s) a Realizar:

Anestesia Local Requerida: ☐ Sí ☐ No Pieza(s) Dental(es) / Cuadrante(s) a Tratar:

3. DECLARACIÓN Y COMPRENSIÓN DEL PACIENTE

Por medio del presente documento, confirmo que el profesional tratante me ha explicado de manera clara y comprensible:

- **Naturaleza y Objetivos:** La justificación, beneficios esperados, alternativas terapéuticas disponibles y los riesgos de no realizar el procedimiento propuesto.
- **Riesgos y Complicaciones Generales:** Comprendo que todo tratamiento odontológico (restauraciones, cirugía menor, endodoncia, profilaxis, entre otros) puede presentar inflamación, dolor postoperatorio, sangrado, fotosensibilidad, sensibilidad térmica, reacciones adversas a la anestesia local o medicamentos, rotura de instrumental especializado, o la necesidad de modificar el plan según la respuesta biológica.
- **Ausencia de Garantías Absolutas:** Entiendo que la odontología es una ciencia biológica y no exacta, por lo que no pueden garantizarse resultados absolutos o infalibles.

4. AUTORIZACIONES ESPECIALES Y INDICACIONES POST-TRATAMIENTO

- **Modificaciones por Hallazgos Clínicos y Registro Fotográfico:** Autorizo las variaciones clínicas necesarias ante hallazgos imprevistos para resguardar mi salud, así como la toma de fotografías/radiografías exclusivamente para historia clínica y docencia resguardando mi identidad.
- **Indicaciones Postoperatorias del Paciente:** Me comprometo a cumplir estrictamente los cuidados posteriores, que incluyen:
 - Acatar rigurosamente la pauta farmacológica y las recomendaciones impartidas por el odontólogo tratante.
 - Evitar esfuerzos físicos, actividades deportivas y manipulación o succión de la zona tratada durante el tiempo indicado.
 - Mantener una adecuada higiene bucodental y asistir puntualmente a las citas de control o seguimiento programadas.

5. CONFORMIDAD, FIRMA Y HUELLAS

Leído en su totalidad el presente documento, declaro que he tenido la oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas a mi satisfacción. En consecuencia, acepto y autorizo de forma libre y voluntaria la realización del tratamiento.

Lugar y Fecha: _____, _____ de _____ de 20__

Firma del Paciente o Representante Legal

Cédula: _____



Huella Pulgar Izquierdo

Firma y Sello del Odontólogo Tratante

Cédula: _____ | C.O.V.: _____



Huella Pulgar Derecho