

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRATAMIENTO DE ODONTOLOGÍA

DATOS PERSONALES

NOMBRE	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
EDAD _____	DIRECCIÓN _____	
FECHA NAC. _____	CIUDAD Y EDO _____	
GENERO _____	TEL. CELULAR _____	

DATOS TUTOR

NOMBRE	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
EDAD _____	DIRECCIÓN _____	
FECHA NAC. _____	CIUDAD Y EDO _____	
PARENTESCO _____	TEL. CELULAR _____	

1.- De acuerdo con el examen buco-dental que cuidadosamente se realizo en esta clínica privada, y en relación con los datos que he proporcionado y que contiene mi historia clínica (en caso de padecer alguna cardiopatía, diabetes u otra enfermedad de tipo sistémico será necesario traer una autorización del medico tratante), se me ha informado que el padecimiento cráneo maxilo buco dental que presento es

2.- Se me ha explicado y estoy enterado de que mi tratamiento será realizado por un estomatólogo titulado, de ésta forma estoy enterado de las alternativas de mi tratamiento, las ventajas y desventajas y los riesgos inherentes de que este sobrelleva tales como :

3.- Se han hecho de mi conocimiento las alternativas existentes para mi tratamiento así como de las ventajas y desventajas de cada una de ellas, decidiendo de común acuerdo con el estomatólogo tratante y por así convenir a mis intereses (económicos y/o personales) la opción de

que para poder dar inicio a mi tratamiento será necesario realizar una serie de tomas fotográficas intrabucales y extrabucales, modelos de estudio, radiografía lateral y radiografía panorámica según se requieran éstos, serán manejadas en forma discrecional en sesiones académicas o eventos científicos nacionales e internacionales y/o publicaciones en revistas. Dichos estudios pasarán a ser propiedad de la La Clínica por lo que serán insertadas en el expediente que se abra para mi atención.

4.- También se me ha informado que el tiempo estimado para concluir mi tratamiento conforme las condiciones de salud bucal e integral que inicialmente presento, estará detallado en el cronograma de mi plan de tratamiento, siempre que yo siga con las indicaciones dadas por el estomatólogo tratante y acuda a mis citas de forma constante y puntual.

5.- He sido informado y comprendo que pueden presentarse complicaciones relacionadas con mi estado de salud actual durante y después del tratamiento en el que se efectuará tales como reabsorciones gingivales, reabsorciones óseas, pérdida dental, problemas articulares, problemas asociados con los músculos de la masticación. En caso de que el tratamiento requiera anestesia, el profesional de la salud me ha explicado que esta a pesar de las consideraciones previas como resultado de la historia clínica realizada, pudiera llegar a provocar alteraciones que podrían resultar graves, y necesitar de procedimientos de urgencia.

6.- También se me ha explicado que de no atender mi problema, podrían surgir complicaciones tales como: Problemas articulares reabsorciones óseas, movilidad dental en cualquiera de los grados, problemas musculares, problemas articulares como agravamiento de mi actual maloclusión e infecciones que pueden terminar en pérdida de dientes.

7.- Entiendo y acepto que de acuerdo con la información que he recibido por parte de el estomatólogo pueden surgir variaciones en el plan de tratamiento originalmente propuesto y que, ante la necesidad de obtener un buen resultado del tratamiento inicialmente planeado, si ese fuera el caso, apruebo que cualquier modificación sea hecha tanto en el diseño de algún tipo de aparato como a los materiales empleados, lo que pudiera implicar la realización de extracciones dentales o eventos quirúrgicos y costos extras.

8.- Se me ha explicado que el éxito de mi tratamiento dependerá en gran medida de: Atender las indicaciones e instrucciones previas del estomatólogo durante y posteriores a la realización de mi tratamiento o procedimiento, cualquiera que esté sea.

9.- Declaro también que todo lo anterior se me ha explicado en lenguaje claro y sencillo que he tenido la oportunidad de aclarar todas mis dudas y además haber podido expresar de manera libre todos mis comentarios. Por lo anterior manifiesto estar satisfecho (a) con la información recibida y comprender los alcances y riesgos del procedimiento y/o tratamiento.

10.- Por lo tanto y de acuerdo con la información recibida, otorgo mi consentimiento para que se lleve a cabo el o los procedimientos necesarios para mi tratamiento cráneo maxilo buco dental.

POR LO ANTERIOR FIRMO Y DOY CONSTANCIA Y PARA LOS EFECTOS LEGALES QUE HAYA LUGAR.

_____	_____	_____
NOMBRE	FIRMA	FECHA