

Consentimiento Informado Odontológico

Consultorio: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Historia N.º: _____

DATOS

Paciente: _____

Cédula: _____ Edad: _____

Representante legal (si aplica): _____ C.I. representante: _____

Odontólogo(a) tratante: _____ COV / MPPS: _____

PROCEDIMIENTO

Procedimiento propuesto: _____

Pieza(s) o zona: _____ Anestesia: Local ☐ Ninguna ☐ _____

Diagnóstico y objetivo del tratamiento:

Riesgos y posibles complicaciones explicados (p. ej.: dolor, inflamación, sangrado, infección, sensibilidad, reacción a la anestesia, fractura de instrumentos o de la pieza, necesidad de tratamientos adicionales):

Alternativas de tratamiento explicadas (incluida la opción de no tratar y sus consecuencias):

DECLARACIÓN DEL PACIENTE

Yo, _____, C.I. _____, en pleno uso de mis facultades, declaro que:

1. El odontólogo(a) me explicó en lenguaje comprensible mi diagnóstico, el procedimiento propuesto, sus beneficios, riesgos, posibles complicaciones y alternativas, y pude hacer todas las preguntas que consideré necesarias.
2. Informé de forma veraz mis antecedentes médicos, alergias y medicamentos, y entiendo que ocultar información puede afectar el resultado del tratamiento.
3. Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado resultados.
4. Me comprometo a seguir las indicaciones antes y después del procedimiento y a asistir a los controles.
5. Sé que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento antes del procedimiento, sin tener que dar explicaciones.
6. Conozco el costo del tratamiento según el presupuesto entregado.

Por lo anterior, **AUTORIZO** ☐ / **NO AUTORIZO** ☐ la realización del procedimiento descrito.

Firma del paciente o representante legal · C.I.

Firma y sello del odontólogo(a)

Testigo (opcional) · C.I.

Revocación: firma y fecha

Modelo orientativo. No sustituye asesoría legal: adapto a tu especialidad y consúltalo con tu Colegio de Odontólogos regional.