

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SOMETERSE A TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

Por la presente reconozco que el / la Dr./a
me ha informado del tipo de tratamiento que debe efectuarse en base al diagnóstico realizado.

A su pedido he manifestado íntegramente todo lo que conozco respecto de mi salud. Se me ha explicado en términos comprensibles para mí, y reconozco haber entendido acabadamente, la tarea propuesta.

Asimismo se me ha informado, de la misma manera, de los riesgos y complicaciones que pueden surgir y, ante la posibilidad que aparezcan consecuencias no previsibles, dada la capacidad que le reconozco al / la Dr./a....., los aceptaré como inherentes a la tarea a realizar.

Comprendo que la concurrencia regular a las citas programadas en el consultorio así como el uso correcto de la aparatología y el cumplimiento de las indicaciones del profesional, hacen al éxito del tratamiento y son de mi exclusiva responsabilidad.

Autorizo al/ la Dr./a a decidir la cancelación del tratamiento ante faltas reiteradas a las consultas programadas y/o el incumplimiento de las indicaciones del profesional.

También se me han descrito todas las variantes y sus correspondientes posibilidades y riesgos. Se me ha dado más de 48 horas para reflexionar sobre la decisión a tomar y hacer consultas que considerara oportunas y, en ejercicio de mi derecho, considerándome suficientemente informado/a al respecto, opto por el tratamiento:.....

Observaciones:

Fecha:/...../.....

Firma:.....

Aclaración:.....

Doc. N°:.....

Suscribo este consentimiento en nombre y representación de:.....
..... Doc.N°....., en mi carácter de..... (Para el caso de menores de edad o discapacitados, debiendo consignarse el vínculo o parentesco con el paciente)