

CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. DATOS DEL PACIENTE:

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____

Edad: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

2. DATOS DEL PROFESIONAL:

Nombre y Apellido: _____

Matrícula Profesional: _____

Especialidad: _____

Domicilio Profesional: _____

Teléfono: _____

3. DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO:

El tratamiento propuesto consiste en: _____

Duración estimada del tratamiento: _____

Objetivos del tratamiento: _____

4. INFORMACIÓN SOBRE LOS RIESGOS Y BENEFICIOS:

Se informa al paciente sobre los beneficios esperados del tratamiento y los riesgos potenciales, que incluyen pero no se limitan a:

- Beneficios: _____

- Riesgos: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

- Alternativas: _____

5. RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE:

El paciente se compromete a:

- Informar al odontólogo sobre cualquier condición médica preexistente.
- Seguir las indicaciones y recomendaciones dadas por el profesional.
- Asistir puntualmente a las citas programadas.

6. CONFIDENCIALIDAD:

Se garantiza al paciente que toda la información proporcionada y obtenida durante el tratamiento será tratada con estricta confidencialidad, conforme a la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 25.326).

7. PRÓTESIS SOLICITADAS:

En caso de que el diagnóstico del paciente requiera la aplicación de prótesis, se informa que las mismas deberán ser colocadas en el consultorio del profesional. El paciente deberá presentarse en el consultorio en un plazo máximo de ____ días hábiles a partir de la fecha de notificación de disponibilidad de las prótesis.

Fecha estimada de disponibilidad de las prótesis: _____

8. AUTORIZACIÓN PARA SERVICIOS ADICIONALES:

El paciente autoriza al profesional a disponer y proveer todo servicio adicional que considere necesario, incluyendo la administración de anestesia, medicamentos, y la realización de estudios patológicos y radiológicos, conforme a los estándares y prácticas aceptadas en la medicina legal.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

9. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO:

El abajo firmante declara que ha sido informado de manera clara y comprensible sobre el tratamiento propuesto, sus beneficios, riesgos y alternativas. Manifiesta haber tenido la oportunidad de hacer preguntas y haber recibido respuestas satisfactorias. Con este entendimiento, otorga su consentimiento libre y voluntario para proceder con el tratamiento odontológico propuesto.

Firma del Paciente:

Nombre y Apellido: _____

Fecha: _____

Firma del Profesional:

Nombre y Apellido: _____

Fecha: _____