



Fecha:

CONSENTIMIENTO N° _____

El usuario (mayor de edad).....
autoriza al Dr..... y su Equipo de Salud, a la realización del tratamiento
odontológico propuesto y reconoce haber recibido la información sobre técnicas,
riesgos, evolución, complicaciones probables, costos del mismo y sobre los riesgos de
no realizar dicho tratamiento.

Diagnóstico Primario:

Plan de Tratamiento:

Pronóstico:



El pronóstico queda sujeto a la colaboración del Usuario y al estricto cumplimiento de las pautas brindadas por el profesional.

Tratamiento Propuesto:

Tratamientos alternativos

Se han sopesado y descartado por distintos motivos de los que ha sido informado/a otros procedimientos terapéuticos alternativos como

Riesgos específicos del caso en particular`

Firma Profesional

Firma del Usuario

Aclaración y C.I.

Aclaración y C.I.



Autorizo al profesional y/o a la Institución el uso, difusión con fines científicos, de todo el material obtenido durante mi tratamiento, por ejemplo: filmación, fotografía, modelos, radiografías.

Firma Usuario
C.I.

Informado el Usuario de los riesgos que asume al no aceptar el tratamiento propuesto manifestó su NO CONSENTIMIENTO.

Firma Profesional

Firma Usuario

Aclaración de firma y C.I.

Aclaración de firma y C.I.



REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Paciente _____ en tratamiento de
_____ con C. I. _____ ,

revoca el consentimiento informado para el tratamiento de _____
aceptado con fecha _____ y consentimiento informado N ° _____
declara su deseo de abandonar el tratamiento propuesto responsabilizándose por las
consecuencias de la presente revocación.

Expresando lo siguiente :

Firma Paciente:

Aclaración _____

C. I. _____

Firma del Profesional responsable _____

Aclaración Dra./ Dr. _____