

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCION ODONTOLOGICA DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD

Córdoba,.....

Por medio de la presente, doy mi consentimiento para ser atendido por el/la Od/a....., MP..... y aseguro que la información que suministre en cuanto a mis antecedentes y salud en general es real y fidedigna.

Me han explicado de forma clara y suficiente, el diagnóstico odontológico, la naturaleza de la patología que padezco, la evolución natural, objetivo del tratamiento propuesto, así como las alternativas de tratamiento, beneficios, riesgos comunes y naturales del tratamiento (posibles complicaciones que se pueden desencadenar durante o después del mismo), riesgos personalizados (por presentar problemas de salud general que incidan sobre el tratamiento), o la no realización de los mismos y sus posibles consecuencias. Se me explico que los pacientes con discapacidad por su misma condición pueden presentar mayor riesgo y complicaciones en el tratamiento odontológico.

Acepto que debo realizar los exámenes pertinentes que se me indiquen, previos al tratamiento. Se pueden requerir interconsultas con otro/a especialista odontólogo/a o médico/a para minimizar los riesgos y lograr el propósito del tratamiento. Acepto la realización de radiografías, fotografías y otros medios de diagnóstico que sea necesario garantizándome la confidencialidad, el resguardo de mi identidad y su utilización solo con fines académicos, de investigación y/o científicos en cursos, congresos o similares.

Entiendo que se evaluarán las alternativas de tratamiento y se optará por aquella que sea más adecuada y conveniente. Los tratamientos en algunas ocasiones, entiendo que no sean ideales, ya que es más importante la función y el estado de salud, lo que conllevará a tratamientos más ajustados a la realidad de la situación que se nos presente.

Comprendo que la odontología no es una ciencia exacta y por lo tanto la garantía de los resultados está sujeta a múltiples factores.

Confío en el buen juicio y las decisión del profesional durante el tratamiento, buscando siempre el mayor beneficio, razón por la cual, si surgiese cualquier situación inesperada durante el tratamiento, autorizo al profesional a realizar el procedimiento o maniobra que estime oportuna para la resolución de dicha situación.

Se me ha informado que me darán las explicaciones pre y postoperatorias, medicación ambulatoria, según sea el caso, las cuales me comprometo a cumplir. Me comprometo a acudir a las citas y controles cuando el odontólogo/a así me lo indique, así como mantener una higiene bucal adecuada y cumplir con las instrucciones dadas.

Confirmando que me siento informado, comprendo la información, libre, sin coacción, ni manipulación, para decidir voluntariamente, con el tiempo suficiente para meditar o consultar la decisión con quien considere pertinente, de acuerdo con mis valores e intereses y me declaro competente para tomar las decisiones que correspondan.

En tal sentido DOY MI CONSENTIMIENTO AL PROFESIONAL A REALIZAR EL TRATAMIENTO PERTINENTE ___ o NO CONSIENTO ___



SI QUIERO ATENDERME



NO QUIERO ATENDERME

Nombre del Paciente DNI..... Edad

Domicilio.....

.....

Firma

.....

Aclaración

En caso que corresponda:

Nombre del representante legal/curador/acompañante.....

DNI.....

Relación con el paciente.....

.....

Firma

.....

Aclaración

Nombre del profesional..... M.P:.....

.....

Firma

.....

Aclaración