



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN QUIRÓFANO DEL PACIENTE EN EL POSTGRADO DE ODONTOLOGÍA INFANTIL DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCV**



Yo, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ edad, identificado con la cedula de identidad N° \_\_\_\_\_, domiciliado(a) en \_\_\_\_\_ como representante legal o familiar de \_\_\_\_\_, declaro lo siguiente:

He sido informado(a) que la atención brindada en esta institución es de tipo docente-asistencial-investigación, caracterizada por la atención odontológica a cargo de odontólogos bajo la supervisión clínica de docentes-especialistas, médico anestesiólogo y personal auxiliar.

Me han explicado en forma clara y suficiente, el diagnóstico, la naturaleza de la enfermedad que padece mi representado y su evolución natural, objetivos del tratamiento propuesto, así como las alternativas de tratamiento (sobre lo cual pude participar), beneficios, riesgos comunes y no comunes del tratamiento (complicaciones que se pueden desencadenar durante o después del mismo), riesgos personalizados (por presentar problemas de salud general que incidan sobre el tratamiento).

Comprendo que la intervención quirúrgica consiste en un procedimiento clínico, con el objeto de conservar la salud bucal de mi representado, que involucra la administración de anestesia general/sedación y probablemente también se emplearán anestésicos locales; los agentes para la anestesia general serán suministrados por un médico anestesiólogo, quien empleará todo el equipo necesario para la vigilancia y monitoreo de mis funciones vitales, así como el equipo y medicamentos necesarios para el soporte vital durante el procedimiento. Dicha intervención pretende restablecer la salud bucal integral de niños y adolescentes que por múltiples causas no pueden ser atendidos en el área odontológica habitual. A pesar de la adecuada elección de las técnicas y de su correcta realización pueden presentarse ciertos riesgos, comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento; poco graves y frecuentes, como pueden ser: molestias, dolor, o cualquier complicación por el tratamiento, medicamentos o agentes anestésicos, que incluyen, pero no se limitan a: entorpecimiento, infección inflamación, hemorragia, coloración, náuseas vómitos, reacciones alérgicas, daño cerebral y muy excepcionalmente riesgo para la vida, que pueda presentarse como consecuencia del tratamiento y deberá llamar al profesional responsable, así mismo entiendo que se pueden producir alguna(s) complicación(ones) citada(s) u otras, que no dependen de la técnica empleada ni de su correcta realización.

Debo realizarme y anexar a la historia clínica una evaluación médica y los exámenes pertinentes que se me indiquen, previamente a la intervención quirúrgica, que describan o señalen indicios de una condición médica particular. Se pueden requerir interconsultas con cualquier otra especialidad odontológica o médica para minimizar los riesgos y lograr el propósito del tratamiento. Acepto la realización de las radiografías, fotografías, y otros medios diagnósticos que sean necesarios; garantizándome la confidencialidad, el resguardo de la identidad de mi representado y la utilización de dichos record sólo con fines académicos y de investigación.

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

Se me ha explicado que se me darán oral y por escrito las indicaciones pre y postoperatorias o de medicación ambulatoria, según sea el caso, las cuales me comprometo a cumplir, así como a acudir a las citas y controles cuando el odontólogo así me lo indique, mantener una higiene adecuada y cumplir con las instrucciones dadas. Estoy al tanto y asumo la cancelación de las tarifas de la Institución; los costos están sujetos a posibles cambios sin previo aviso, pero notificado oportunamente. El tratamiento no contempla compensaciones ni indemnizaciones.

Estoy consciente que de la intervención quirúrgica podrían sobrar restos biológicos, los cuales voluntariamente me encuentro dispuesto(a) a donar para ser utilizados, de ser necesario, en investigaciones que se lleven a cabo en la Facultad de Odontología de la UCV.

Confirmando que luego que aclararon mis dudas, 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 FACULTATIVO A REALIZAR EL TRATAMIENTO PERTINENTE \_\_\_\_\_ o NO CONSIENTO \_\_\_\_\_, con el buen entendido que puedo retirar este consentimiento por escrito cuando así lo desee, sin represalia, ni penalidad alguna.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ CI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre del representante legal: \_\_\_\_\_ CI: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Nombre del anestesiólogo: \_\_\_\_\_ CI: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Nombre del docente responsable: \_\_\_\_\_ CI: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Nombre del profesional: \_\_\_\_\_ CI: \_\_\_\_\_ Tlf: \_\_\_\_\_

COV: \_\_\_\_\_ MPPS: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Nombre de testigo: \_\_\_\_\_ CI: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Nombre de testigo: \_\_\_\_\_ CI: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Caracas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.