**CONSENTIMIENTO INFORMADO ODONTOLÓGICO**

***(Nombre del médico tratante)***

**Ced. *(Número de cédula profesional)***

*(Lugar de emisión)* a *(fecha de emisión)*.

**Procedimiento**:

**Paciente**:

**Médico Tratante**:

El procedimiento se propone a partir del diagnóstico realizado el pasado *(indicar fecha del diagnóstico)* en el consultorio del médico tratante. En esta sesión de consulta se identificó que *(a partir de aquí se debe narrar todas las características identificadas en el paciente que llevan al médico tratante a proponer este procedimiento como solución para el malestar o síntomas que presenta el paciente. En este tipo de documentos no importa la extensión del mismo, lo importante es que presente toda la información necesaria)*.

En respuesta a este diagnóstico, el *(nombre del médico tratante)* ha identificado que el tratamiento correcto es *(nombre del procedimiento)* en las piezas dentales afectadas: *(indicar en qué piezas se llevará a acabo el procedimiento)*. El procedimiento consiste primero en la aplicación de anestesia *(indicar el tipo de anestesia y cómo se aplicará)* para después de *(indicar cuánto tiempo después de aplicar la anestesia se comenzará el procedimiento)*, una vez habiendo hecho efecto la anestesia se comenzará con *(indicar paso a paso el procedimiento, se puede hacer redactado en un párrafo o a modo de lista)*.

Como resultado de esta intervención, el paciente gozará de una salud dental óptima al haber recuperado *(especificar cuáles son todos los beneficios del procedimiento)*.

Durante *(nombre del procedimiento)* existe riesgo a *(indicar cuáles son los riesgos del procedimiento médico dental)*.

Estas piezas dentales se podrían también reparar con *(indicar cualquier otro procedimiento con el que se pueda dar tratamiento al diagnóstico del paciente)*.

Después del procedimiento de *(nombre del procedimiento)* es necesario que el paciente tenga los siguientes cuidados diarios: *(indicar cuáles son los cuidados que el paciente deberá tener)*. En caso de presentar cualquier complicación o malestar durante el periodo de recuperación *(indicar cuáles son los pasos a seguir y a qué se compromete el médico o entidad tratante)*.

Este diagnóstico, así como los detalles del procedimiento y periodo de recuperación, serán de uso exclusivamente del médico tratante y serán compartidos solo con el paciente respetando así la confidencialidad entre médico y paciente.

Yo, *(nombre del paciente)*, confirmo que he leído la información que aquí se presenta y me considero informada respecto al procedimiento de *(nombre del procedimiento)*, por lo tanto, me considero en facultad de tomar una decisión informada y otorgo mi consentimiento de manera voluntaria para que se lleve a cabo dicho procedimiento el próximo *(fecha del procedimiento)*.

FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Nombre del paciente)*

PACIENTE

FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Nombre del médico tratante)*

MÉDICO TRATANTE