

Colegio Superior de Odontología de Hidalgo



Consentimiento informado para procedimiento clínico¹

Nombre y firma del paciente	Nombre y firma del alumno
Mencionar el tipo de documento y número con el que el paciente, tutor ó representante legal se identifica	
Profesor del Colegio Superior de Odontología de Hidalgo	Fecha

Declaración del Paciente:

- Declaro ciertos todos los datos relativos a mi historia clínica, no habiendo omitido ningún aspecto de interés o que me hubiera sido cuestionado.
- Declaro que he sido informado(a) satisfactoriamente de la naturaleza y propósito de intervención que se encuentra descrita en la historia clínica. Se me han explicado verbal y gráficamente los posibles riesgos y complicaciones, así como las otras alternativas de tratamiento. También se me ha informado del tipo de Anestesia y de los riesgos comúnmente conocidos que conlleva.
- El equipo de salud del Colegio Superior de Odontología también me ha explicado otros problemas y complicaciones que por su naturaleza tienen menor probabilidad de ocurrir.

Consentimiento Informado

Una vez recibida dicha información, comprendida la intervención y aceptados los riesgos:

- Doy mi consentimiento: para que el equipo de salud del Colegio Superior de Odontología me realice la operación descrita. Si durante la intervención surgiera alguna situación inesperada que requiriese cualquier procedimiento distinto o añadido a los ahora previstos y que me han sido explicados, solicito y autorizo al equipo de salud que realice aquello que crea conveniente o necesario.
- Doy mi consentimiento: para que se me administre la anestesia señalada anteriormente, así como las medidas complementarias que se estimen oportunas durante el transcurso de la misma.
- Doy mi consentimiento: para ser fotografiada y/o filmada, antes, durante y después de la intervención, y para que posteriormente puedan ser utilizadas dichas imágenes en publicaciones o exposiciones de carácter única y exclusivamente científico y/o divulgativo por la institución

Aceptación

- Acepto y me comprometo a seguir fielmente las recomendaciones recibidas tanto antes como después de la intervención, así como a acudir a las revisiones postoperatorias durante el tiempo indicado.
- Acepto y reconozco que no se me pueden dar garantías o seguridad absoluta respecto a que el resultado del procedimiento clínico sea el más satisfactorio, por lo que acepto la posibilidad de necesitar cualquier posterior procedimiento para mejorar el resultado final.
- Acepto firmar éste consentimiento informado y doy fe de que el equipo de salud del Colegio Superior de Odontología me han informado de la intervención a la que deseo ser sometida/o.

Procedimientos	Procedimientos
1.	5.
2.	6.
3.	7.
4.	8.

¹ Este documento responde a la Norma Oficial Mexicana NOM-0040SS0A3-2012 "Del Expediente clínico" emitida con el fin de regular la atención de pacientes en el campo de las ciencias de la salud.

Calidad en la que se otorga el consentimiento

Como paciente

Como responsable del paciente.

(Padre ó madre si es menor; representante legal, familiar u otras personas que figuren como tales en la historia clínica odontológica)

Nombre completo y firma del paciente

Nombre completo y firma del representante del paciente

Testigos²

Testigo 1

Testigo2

Nombre completo y firma del Testigo 1

Nombre completo y firma del Testigo 2

Miembros del equipo de salud bucal

Responsable del campo clínico

Alumno del campo clínico

Nombre completo y firma del responsable del campo clínico

Nombre completo y firma del alumno del campo clínico

² Se utilizaran testigos en caso de ser necesario, y lo determinará el responsable del campo clínico de acuerdo Norma Oficial Mexicana NOM-0040SS0A3-2012 "Del Expediente clínico"