

## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

En cumplimiento de los derechos y obligaciones de los pacientes, en materia de información y documentación clínica y de las recomendaciones de la Ley 18335, Decreto 274/10.

Yo, ..... con C.I..... como paciente, o como representante legal de ..... con C.I....., en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, DECLARO que:

el Doctor/Bachiler..... me ha explicado, en términos comprensibles, que necesito la realización del tratamiento odontológico, indicado para mi motivo de consulta;

Tratamiento(s) propuesto(s)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Riesgos del (de los) procedimiento(s)

---

---

---

Manifiesto, además, que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

En tales condiciones, **CONSIENTO** en que sea llevado a cabo el tratamiento adecuado.

Montevideo, ..... de ..... de 20.....

_____	_____	_____
Firma del paciente (o responsable)	Aclaración	C.I.

_____	_____	_____
Estudiante responsable	Aclaración	C.I.

Profesional responsable de la Clínica de \_\_\_\_\_

_____	_____	_____
Firma del Profesional responsable	Aclaración	N° CJPPU

Informado el Usuario y su Representante Legal de los riesgos que asume al no aceptar el tratamiento propuesto manifiesto su **NO CONSENTIMIENTO**.

Clínica: .....

\_\_\_\_\_  
Firma Profesional responsable

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente/Rep. Legal

\_\_\_\_\_  
Aclaración de firma

\_\_\_\_\_  
Aclaración de firma C.I. ....

---

Autorizo al profesional y/o a la Institución el uso, difusión con fines didácticos y/o científicos, de todo el material obtenido durante mi tratamiento, por ejemplo: fotografía, modelos, radiografías. Datos serán extraídos de la base de Facultad HIFO, manteniéndose el anonimato y confidencialidad.

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente/ Representante Legal C.I. ....

---

**REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO O ALTA VOLUNTARIA**

El paciente ..... y/o su representante revoca el consentimiento informado aceptado con fecha ..... y declara su deseo de abandonar el tratamiento propuesto, responsabilizándose por las consecuencias de la presente revocación.

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente/Rep. Legal

\_\_\_\_\_  
Aclaración de firma C.I. ....

---

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ACTUACIÓN FRENTE A EXPOSICIONES ACCIDENTALES ANTE AGENTES BIOLÓGICOS**

El paciente ..... y/o su representante autoriza a seguir el protocolo de actuación que consiste en la información de los hechos, registro, realización de análisis del paciente (fuente) como del personal implicado y seguimiento en centros especializados.

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente/Rep. Legal

\_\_\_\_\_  
Aclaración de firma C.I. ....