



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**



1. De acuerdo al examen bucodental que efectuó el alumno(a) que me atendió en esta clínica me ha informado del diagnóstico y plan de tratamiento de mi condición general y de mi órgano dental a tratar el cual detalla en mi expediente clínico.
2. Me explicaron diversas opciones de tratamiento, ventajas y desventajas de cada uno de ellos decidiendo el alumno(a) y maestro(a) de guardia un plan de tratamiento adecuado, de acuerdo a mi condición.
3. He sido informado que durante mi tratamiento será necesario realizar una serie de fotografías, radiografías y otros estudios. Autorizo sin condición alguna que el material sea empleado en sesiones académicas, de docencia, eventos científicos nacionales o internacionales y/o publicados en revistas científicas. Acepto que dicho material sea propiedad de la institución por lo que se conservará en el expediente que se abra para mi atención.
4. Se informó que siga las indicaciones dada por el alumno(a) y acuda a mis citas en forma puntual y constante.
5. Se me explicó que, de no atender mi problema dental, los padecimientos que presento seguirán su evolución natural y se complicarán. Así mismo acepto que el trabajo que no sea revisado y firmado por el profesor y realizado en la clínica, no será responsabilidad de la clínica en turno de la Facultad de Odontología.
6. Estoy informado que pueden surgir variaciones en el plan de tratamiento originalmente propuesto y la necesidad de llevar a cabo procedimientos adicionales o alternativos con la finalidad de obtener un mejor resultado del tratamiento inicialmente planeado, si ese fuera el caso, seré informado ya que puede implicar costos extras siempre y cuando exista justificación para ello.
7. Tengo la posibilidad de cancelar el tratamiento en cualquier momento, siempre y cuando notifique el alumno(a) mi decisión, así como al maestro de la clínica, por escrito. También entiendo que en caso de no asistir reiteradamente mi expediente puede ser dado de baja sin responsabilidad para el alumno que lleva mi caso o los profesores revisores de la institución.
8. Se me explicó que el resultado de mi tratamiento dependerá de atender las indicaciones e instrucciones previas, durante y posterior a la realización del procedimiento odontológico.
9. Entiendo que después de realizado el tratamiento odontológico, deberé acudir lo mas pronto posible a clínica a recibir la restauración en el órgano dental tratado y así evitar la pérdida de dicho órgano dentario.
10. Declaro que todo lo anterior se me explicó en lenguaje claro y sencillo y he tenido la oportunidad de aclarar mis dudas, acerca del procedimiento, riesgos y tratamiento al que me someteré. Por lo tanto y de acuerdo con la información recibida otorgo mi consentimiento para que se lleve a cabo los procedimientos necesarios.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

Número del expediente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESOR QUE REVISÓ EL EXPEDIENTE

Culiacán, Sinaloa a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_