

CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS.
(SCARE – FEPASDE)

Ortodoncista : WILSON CASTRO MEZA. Bogotá D.C. Fecha _____

Yo _____
Mayor de edad identificado con c.c. _____ de _____
Actuando en nombre propio o como representante legal de _____

DECLARO

Que he acudido a consulta de **ORTODONCIA** el día _____ con el **ORTODONCISTA WILSON CASTRO MEZA**, habiendo sido atendido, interrogado sobre antecedentes y examinado, mi diagnóstico es _____

Y el plan de tratamiento propuesto más adecuado es _____

Que consiste en: _____

Existiendo las alternativas siguientes: _____

Me han advertido de los posibles efectos colaterales _____

Y de los riesgos previstos _____
además que existen otros riesgos y molestias del tratamiento muy poco frecuentes, pero que pueden ser graves, incluso fatales. A la vez, que he respondido a las preguntas que me han formulado, de manera comprensible para mí.

También me han informado el derecho a rechazar el tratamiento o revocar el consentimiento. Por tanto consiento que se me realice el tratamiento de _____
Se me ha informado si requiero anestesia, el cual será _____

Fui informado de las condiciones de **PUNTUALIDAD, PROGRAMACIÓN SEGÚN EL NOMBRE DE LAS CITAS, HIGIENE, CUIDADO AL COMER PARA NO DAÑAR APARATOS Y DE LAS REPARACIONES CON BANDAS.**

FIRMA Paciente o Acudiente

Ena.....de.....del...2.00

Rechazo el tratamiento y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión,; principalmente la siguiente: _____

Firma Paciente o Acudiente

Firma de Testigo

Wilson Castro Meza
Ortodoncista
RMS 11205
SSB 79261690
SSTolima 1521 2004