

Clínica Odontológica Facultad de Odontología Universidad de Chile (COUCH)

CONSENTIMIENTO INFORMADO POSTÍTULO

Nombre del paciente: _____.

Rut: _____

Tutor/representante legal (si procede): _____.

Rut: _____

Por el presente documento, declaro que he sido informado/a respecto a mi diagnóstico o condición clínica, el cual corresponde a:

Y se realizará un tratamiento relativo al área de:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Operatoria. | <input type="checkbox"/> Cirugía. | <input type="checkbox"/> Implantes. |
| <input type="checkbox"/> Endodoncia. | <input type="checkbox"/> Trastornos temporomandibulares. | <input type="checkbox"/> Estética orofacial. |
| <input type="checkbox"/> Prótesis fija. | <input type="checkbox"/> Periodoncia. | |
| <input type="checkbox"/> Prótesis removible. | <input type="checkbox"/> Ortodoncia/Ortopedia. | |

Habiéndose realizado un examen clínico y exámenes complementarios adecuados para establecer un adecuado diagnóstico, se me ha explicado las alternativas de tratamiento posibles y las consecuencias en caso de no realizarlo. Informadamente, he aceptado que se realicen las acciones establecidas en mi plan de tratamiento (el cual se encuentra descrito en este documento).

Entiendo que durante y luego de procedimientos clínicos o quirúrgicos pueden ocurrir complicaciones que requieran a juicio del profesional tratamientos adicionales o alternativos para el éxito del tratamiento. Además, se me ha explicado que no hay forma de predecir la capacidad de recuperación de los tejidos de cada paciente en particular, por lo que es imposible prever el resultado final.

En caso de existir modificaciones al tratamiento propuesto originalmente, éstas serán explicadas oportunamente, registradas en este documentos y se realizarán bajo mi consentimiento.

Además, declaro que estoy en conocimiento que el tratamiento a realizar será efectuado por un cirujano dentista en etapa de especialización en la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, quien abordará mi caso en conjunto con sus docentes.

Se me ha explicado en forma clara y precisa las principales molestias que puede ocasionar el tratamiento, así como sus principales riesgos. Se me advirtió sobre las implicancias de fumar y la importancia de mantener una buena higiene oral. Se me explicó además que, si presento diabetes, cardiopatía, hipertensión, anemia, edad avanzada, obesidad u otras, son factores que pueden aumentar mis riesgos en este tipo de tratamientos.

Declaro que he sido veraz en relación con la información de salud que se me consulta y declaro que, dado que la Clínica Odontológica de la Facultad de Odontología es un recinto docente-asistencial, la información referida a mi condición de salud y tratamiento podría ser utilizada en forma anonimizada con fines académicos.

En el caso de requerir alguna garantía en mi tratamiento, ésta se realizará bajo ciertas condiciones: haberme realizado la totalidad del tratamiento en la Clínica Odontológica de la Universidad de Chile, haber asistido a los controles de mantención o seguimiento, no presentar deudas por las prestaciones realizadas, solicitarlo dentro del plazo correspondiente (según área) y haber firmado todos los documentos correspondientes (disponibles en <https://odontologia.uchile.cl/clinica/informacion-al-paciente/documentos.html>)

Declaro haber leído y comprendido a cabalidad este documento, y me comprometo a seguir las indicaciones y a asistir a los controles que serán necesarios con el fin de conseguir un buen resultado en este tratamiento. Además, he sido informado/a de los costos involucrados en mi tratamiento y las condiciones de pago de este y estoy de acuerdo.

Nombre y firma del paciente: _____

Nombre y firma del estudiante: _____

Nombre y firma del tutor: _____

Programa: _____

Modificaciones al tratamiento (registrar cualquier cambio en el plan de tratamiento, cambio de alumno tratante, docente responsable, otros).
