

Clínica Odontológica Facultad de Odontología Universidad de Chile (COUCH)

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PREGRADO**

Nombre de la/el Paciente: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_

Tutor/representante legal (si procede): \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_

Por el presente documento, **declaro que:**

- 1) Estoy en conocimiento que seré atendida (o) por una/un estudiante de la carrera de Odontología de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, en su proceso de formación o práctica clínica, quien estará siempre a cargo y supervisada (o) por una/un docente responsable.
- 2) Me comprometo y responsabilizo de entregar información clara, veraz y actualizada sobre mi estado de salud física, psíquica y general, y aportar todo antecedente que permita ponderar los riesgos, efectos secundarios y beneficios al momento de definir un procedimiento o tratamiento por parte del profesional.
- 3) Habiéndome realizado un examen clínico y exámenes complementarios, solicitados para establecer un adecuado diagnóstico, haber sido informada (o) sobre las alternativas de tratamientos posibles y las consecuencias en caso de no realizarlo.
- 4) Comprendo que el tratamiento a realizar es relativo al área de (marcar con una X)

<input type="checkbox"/>	OPERATORIA	<input type="checkbox"/>	CIRUGÍA
<input type="checkbox"/>	ENDODONCIA	<input type="checkbox"/>	PERIODONCIA
<input type="checkbox"/>	TRANSTORNOS TEMPORO MANDIBULARES	<input type="checkbox"/>	ASESORIA Y PREVENCION
<input type="checkbox"/>	PROTESIS FIJA	<input type="checkbox"/>	OTROS(ESPECIFICAR)
<input type="checkbox"/>	PROTESIS REMOBIVLE	<input type="checkbox"/>	

Detallar plan de tratamiento (listado de procedimientos a realizar):



- 5) Se me ha informado que durante y luego de procedimientos clínicos o quirúrgicos pueden ocurrir situaciones de distinta complejidad que pudiesen requerir, a juicio del profesional, tratamientos adicionales o alternativos para el éxito del tratamiento integral. Así como también, se podría requerir atenciones que deban ser derivadas a otro profesional.
- 6) Autorizo la presentación de mi historia clínica en reuniones de Comité Académico, a fin de resolver técnica y administrativamente el manejo integral de las/os pacientes, instancia donde los profesionales responsables y académicas (os), podrán tomar decisiones de manera confidencial y restringida sobre el adecuado manejo clínico.
- 7) 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 establecer el resultado final.
- 8) 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. Asimismo, si presento diabetes, cardiopatía, hipertensión, anemia, edad avanzada, obesidad u otras, son factores que pueden aumentar los riesgos en este tipo de tratamientos.
- 9) He sido informada/o de los costos involucrados en mi tratamiento y las condiciones de pago del cual me hago responsable.
- 10) He sido informada/o que, 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, y haber obtenido la respectiva alta odontológica, haber asistido a los controles de mantención o seguimiento, no presentar deudas por las prestaciones realizadas, solicitar la referida garantía dentro del plazo correspondiente (según área) y haber firmado todos los documentos correspondientes disponibles en:  
<https://odontologia.uchile.cl/clinica/clinica-odontologica/documentacion-para-pacientes-couch>
- 11) Tengo conocimiento que la Clínica Odontológica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, es un recinto asistencial docente, por lo que autorizo voluntariamente, a que la información referida a mi diagnóstico y tratamiento pueda ser utilizada con fines académicos, siempre que se respeten mis datos personales y proteja mi vida privada.
- 12) Haber sido informada/o que, en caso de existir modificaciones al tratamiento propuesto originalmente, éstas serán explicadas oportunamente, registradas más abajo en este documento y sólo podrán realizarse bajo mi consentimiento escrito.

