

**CONSENTIMIENTO INFORMADO INSTITUCIONAL**  
**DOCENTE-ASISTENCIAL**  
**CLÍNICA ODONTOLÓGICA UNIVERSIDAD DE CHILE COUCH**

Fecha: \_\_\_\_\_.

Yo \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad cédula de identidad N° \_\_\_\_\_ por mi libre voluntad, autorizo y declaro:

Estar en conocimiento que seré atendido(a) por un profesional Cirujano Dentista en proceso de formación como especialista en la Facultad Odontología de la Universidad de Chile, en su proceso de práctica clínica.

Esta actividad será supervisada y guiada por un/una odontólogo/a Docente especialista, quien será su tutor de las actividades prácticas de la asignatura y responsable final de mi correcta atención.

\_\_\_\_\_  
Nombre-Firma o impresión digital y Rut y/o representante legal del paciente