

OBRA SOCIAL:.....**AFILIADO N°:**

Datos Personales:

Nombre y Apellido:.....

Fecha de nacimiento:.....DNI.:

Dirección:.....te.:

Historia Clínica:

Diabetes.....Alergias.....

Problemas Cardíacos Prob. Renales.....

Prob. Respiratorios..... Prob. Coagulación

Asma..... HIV o infecocontagiosas.....

Embarazo..... Hepatitis.....

Otras.....

Se encuentra en tratamiento médico

Medicación actual.....

Consentimiento informado:

En este acto, yoDNI.:.....

Declaro que el DR..... me ha explicado que el tratamiento implica.....

.....
Que he contestado con la verdad lo que anteriormente se me ha preguntado. Se me ha explicado y entiendo bien que a causa de estos problemas médicos, cualquier procedimiento quirúrgico es riesgoso, pudiendo en el post operatorio sentir malestar mayor de lo común, dolor, tumefacción y recuperación prolongada.

Reconozco que se me han explicado dichas complicaciones en forma detallada y he solicitado que el procedimiento quirúrgico se realice en estas instalaciones. Entendí las explicaciones, tratamientos y riesgos.

Se me ha informado que esta práctica y la anestesia pueden causar complicaciones tales como: tumefacción, dolor, infección, hemorragias, adormecimiento (total o parcial) de lengua, labios, mentón, encías, mejillas, dientes; como así también lesiones adyacentes o en áreas continuas o contiguas.

Comprendo que el profesional se compromete a poner todos los medios a su alcance para el tratamiento, pero que también actúan factores propios de mi organismo y mi conducta.

Me comprometo a cumplir todo lo indicado y a concurrir al consultorio ante cualquier duda o verbalmente, entendiendo las mismas y aceptando que no hay ninguna garantía en cuanto al resultado y a la curación.

Por todo esto manifiesto estar satisfecho por la información recibida, comprendiendo el alcance y los riesgos del tratamiento en tales condiciones.

Firma del paciente o responsable

Firma del odontólogo