



Consentimiento informado

Autorización para la intervención quirúrgica

Ena los.....del mes de del año 20.....,
yo DNI.....
domiciliado en.....
autorizo al/los profesionales
a realizarme
que.....me ha informado en forma explícita
sobre los riesgos inherentes al tratamiento y acerca de las mayores y/o menores
probabilidades de éxito.

Que.....me ha informado adecuadamente de cuál es
el resultado deseado con el tratamiento, con la obligación de actuar con diligencia e
idoneidad, planeando la buena ejecución técnica del tratamiento a efectuar, según los
métodos científicos de diagnóstico y a mi alcance y de acuerdo con las reglas de la ciencia
y del arte de curar.

Que eximo de responsabilidad civil a.....,
al profesional que supervisa el tratamiento, a la Institución o responsable del lugar en el cual
se desarrolla la actividad, en el caso de no obtenerse con el tratamiento el resultado
deseado, por la concurrencia de caso fortuito o hecho propio mío. Se entenderá que no se
ha logrado el resultado, si como consecuencia del tratamiento realizado se produjera un
perjuicio funcional o estético mayor al que se pretendió corregir, por alteraciones visibles de
la región intervenida.

Que así mismo eximo de responsabilidad a.....,
el profesional que supervisa la práctica, a la Institución o responsable del lugar en el cual se
desarrolla la actividad, si por la concurrencia de un caso fortuito o hecho propio mío, por
riesgos propios del tratamiento surgiere daño en mi cuerpo o en mi salud, con posterioridad
a su ejecución.

Entiendo que en el curso de la operación o procedimiento pueden presentarse situaciones
imprevistas o complicaciones que necesiten procedimientos diferentes o adicionales a los
previstos. Consiento por lo tanto la realización de procedimientos adicionales que se
juzguen necesarios.

Así mismo consiento la administración de anestésicos que se consideren necesarios.
Reconozco que siempre hay riesgos para la salud asociados con la anestesia y dichos
riesgos me han sido completamente explicados.

Con el propósito de promover el conocimiento y el progreso científico como así también
evaluar la evolución, consiento la fotografía y/o filmación de la operación o procedimiento a
realizarse a condición de que mi identidad no sea revelada.



**COLEGIO DE ODONTÓLOGOS
PROVINCIA DE BUENOS AIRES
DISTRITO VIII**

Cuando se me interrogó sobre mi estado de salud, hábitos y comportamiento he respondido con la verdad y ha quedado asentado en el cuestionario de salud.

Entiendo que en cualquier momento y sin mediar explicación alguna puedo revocar el consentimiento y autorización que ahora presto.

Entiendo que seré tratado por profesionales que realizan formación de postgrado.

Confirmando que he leído y comprendo en todos los términos que anteceden y que todos los grados y/o correcciones han sido ante mi firma.

Nombre y Apellido del paciente (letra de imprenta):

DNI:

Nombre y Apellido de/l los profesionales:

Fecha: / /

.....

Firma y aclaración del paciente

.....

Firma y aclaración del profesional