



DOCUMENTO EXTERNO
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN (DEPeI)
CLÍNICA DE RECEPCIÓN Y DIAGNÓSTICO (CRED)

CARTA DE CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO
EXPEDIENTE CLÍNICO ÚNICO (ECU)

Por medio del presente manifiesto haber dado mi consentimiento, previo al pago de derecho de admisión realizado en caja (tomando en consideración que dicho pago no será reembolsado), para que el alumno o profesor _____ asignado a la CRED DEPeI, me indique ir al Servicio de Imagenología para que me tome una radiografía panorámica, posteriormente llene la Ficha de Identificación con los datos aportados por mí (en caso de un menor de edad o con discapacidad la información la aportará el padre, la madre, el tutor o el acompañante previa identificación), se me tomen las fotografías frontal y bucal necesarias para la Historia Clínica que forman parte del Expediente Clínico Único propiedad de la UNAM.

Estoy consciente que para la realización de la historia clínica, me harán preguntas los profesores y/o alumnos para **recabar mis datos personales al acudir a la Clínica de Recepción y Diagnóstico para la Admisión de Pacientes en la Facultad de Odontología para lo cual solicitarán los siguientes datos personales:**

- **Datos de identificación:** nombre, edad, sexo, ocupación, domicilio, correo electrónico, teléfono (móvil y/o fijo), identificación oficial y CURP.
- **Datos socio-económicos:** datos para identificar tipos de vivienda, hábitos en consumo de alimentos, higiene personal y dental.
- **Datos personales sensibles:** Tipo sanguíneo, Alergias, Fármacos, Antecedentes heredo familiares, Antecedentes personales patológicos, Enfermedades propias de la infancia, Hospitalizaciones, Intervenciones Quirúrgicas, Experiencias dentales desagradables, traumatismos, transfusiones, trasplantes o injertos, Implantes, Aparatos auditivos, Aparato cardiovascular, Aparato digestivo, Aparato endócrino, Aparato genitourinario, Aparato hemolinfático, Aparato músculo esquelético, Aparato nervioso, Aparato ocular, Aparato respiratorio, Aparato tegumentario, Signos vitales, Inspección general, Lesión cavidad bucal, Alteraciones dentales, Alteraciones temporomandibulares (ATM), Exploración radiográfica, Odontograma, Diagnóstico presuntivo sistémico, Padecimiento bucal actual y Ruta clínica.

Esta área universitaria podría realizar transferencias de mis datos personales a terceros (laboratorios, clínicas, hospitales, centros de investigación, aseguradoras, o en su caso autoridades competentes), previo consentimiento del Titular o persona que lo represente en caso de urgencia.

Así como también, la valoración física y bucal se llevará a cabo con el kit de exploración estéril desechable denominado "KIT DE ADMISIÓN" propiedad de la UNAM el cual consta de charola, campo, espejo, explorador y pinzas de curación que en conjunto será desechado posterior a su utilización. Que el interrogatorio y la exploración podrán generar riesgos e inconvenientes propios de la revisión clínica. Me responsabilizo de los datos que he proporcionado y que en caso de padecer o se sospeche de alguna enfermedad como cardiopatía, diabetes u otras enfermedades de tipo sistémico que requiera de interconsulta o análisis de laboratorio, se me notificará de forma verbal y por escrito y de ser necesario, tendré que proporcionar la autorización o informe por escrito de mi médico tratante el Dr. _____ o del _____ como Institución de Salud donde soy atendido.

En caso de que mi Estado de Salud Sistémico cambie por alguna enfermedad no identificada en el momento del interrogatorio inicial estaré obligado a notificar por escrito el tipo de enfermedad, presentar los estudios realizados para su diagnóstico, el nombre del Médico tratante y de la Institución que me atiende en su momento, de no hacerlo oportunamente deslindaré a la UNAM de cualquier responsabilidad que esto pueda generar.

El alumno de la CRED DEPeI me proporcionó la información impresa o verbal de forma oportuna sobre los procedimientos que debo seguir para realizar el trámite de admisión, **me doy por enterado que el procedimiento desde mi llegada a la hora de cita hasta la entrega de mi carnet y documentos originales entregados será de 120 minutos aproximadamente más menos 30 minutos.** Así como también tuve en su momento la oportunidad de preguntar y aclarar mis dudas sobre los procedimientos a seguir para mi admisión, de expresar de manera libre mis comentarios y que además conservo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier momento en el que lo considere pertinente antes o durante cualquier procedimiento de ingreso, deslindado de toda responsabilidad al personal académico, estudiantil, y a la Institución de cualquier responsabilidad futura por mi decisión tomada. Así como también me doy por enterado que la atención en horario y tiempo en las especialidades no son competencia de la CRED, por lo que acepto mi admisión.

Aviso de Privacidad Simplificado de la FACULTAD DE ODONTOLOGÍA de la Universidad Nacional Autónoma de México.

La Facultad de Odontología de la UNAM, es responsable del tratamiento de sus datos personales para el registro de usted en calidad de paciente que acude solicitando los servicios de atención dental en la institución.

Para cumplir las finalidades necesarias anteriormente descritas u otras aquellas exigidas legalmente o por las autoridades competentes, la institución podrá transferir sus datos personales. Podrá ejercer sus derechos ARCO en la Unidad de Transparencia de la UNAM, o a través de la Plataforma Nacional de Transparencia (<http://www.plataformadetransparencia.org.mx/>).

El aviso de **privacidad integral** se puede consultar en el sitio web: www.odonto.unam.mx

Por este medio me doy por informado, que los datos proporcionados serán tratados de forma confidencial y segura. Que en lo relacionado a radiografías, fotografías, y en caso de ser necesario la filmación de algún video de enseñanza son propiedad de la UNAM y doy mi consentimiento para que la Facultad de Odontología de la UNAM utilice estos materiales con fines estrictamente académicos como Institución de enseñanza que es.

Una vez leído lo anterior, **manifiesto mi conformidad** para ingresar a esta institución educativa como paciente o tutor del mismo.

México, D.F. a _____ de 20_____

Nombre, firma y/o huella dactilar del paciente
EXPEDIENTE

Nombre, firma y parentesco del tutor o responsable del menor