



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**Historia Clínica**  
**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

EXPEDIENTE CLÍNICO ÚNICO

CARTA DE CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO  
CLÍNICA DE RECEPCIÓN, EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO  
(CREDP)

Por medio del presente manifiesto haber dado mi consentimiento, previo el pago de derecho de admisión realizado en caja, para que el alumno/a: \_\_\_\_\_ asignado a la CREDP de \_\_\_\_\_ o a la Clínica Periférica de \_\_\_\_\_, me solicite la radiografía panorámica (en posgrado es indispensable) y tome las fotografías necesarias para la elaboración de la Historia Clínica que formarán parte de mi Expediente Clínico Único, tomando en consideración que dicho pago no será reembolsable.

Para la realización de la historia clínica, estoy consciente que realizarán preguntas sobre mis antecedentes personales, familiares, patológicos, no patológicos, así como la exploración física y bucal. Que el interrogatorio y la exploración podrán generar riesgos, molestias 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.

El alumno de la CREDP o de la Clínica Periférica me ha dado la información impresa (tríptico) de forma oportuna sobre los procedimientos que debo seguir para realizar el trámite de admisión. Así como también, he tenido 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 que lo considere pertinente antes o durante cualquier procedimiento de ingreso, deslindando de toda responsabilidad al personal académico, estudiantil y a la Institución por mi decisión tomada.

**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, 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 DD-MM-AAAA

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del tutor o responsable