



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



ORTODONCIA II

CARTA DE CONSENTIMIENTO VALIDAMENTE INFORMADO DE ORTODONCIA Y ORTOPEDIA

Fecha: _____ No. Expediente: _____

Hora: _____ Clínica Periférica: _____ Turno: _____

Nombre del paciente: _____ Edad: _____

Domicilio: _____

Tel: _____ Nombre completo del padre o tutor: _____

Domicilio: _____

1.- De acuerdo al examen buco-dental que cuidadosamente el alumno _____, con número de cuenta _____ ha efectuado y en relación con los datos que he proporcionado y que contiene mi historia clínica (en caso de padecer alguna cardiopatía, diabetes u otra enfermedad de tipo sistémico será necesario tener una autorización del médico tratante), se me ha informado que el padecimiento cráneo-maxilo-buco-dental que mi hijo presenta es _____.

2.- Se me ha explicado y estoy enterado que mi tratamiento será realizado por un alumno de la institución con supervisión de un especialista en _____. Así mismo estoy enterado de las alternativas de tratamiento, las ventajas, desventajas y riesgos inherentes del mismo. El tratamiento consiste en: _____

_____.

3.- Se ha hecho de mi conocimiento las alternativas existentes para mi tratamiento así mismo de las ventajas y desventajas de cada una de ellas; decidiendo común acuerdo con mi tratante y por así convenir mis intereses (económicos y personales) la opción de: _____
_____ que para poder dar inicio a mi tratamiento será necesario realizar una serie de tomas fotográficas intrabucales y extrabucales, modelos de estudio y sesiones académicas o eventos científicos nacionales e internacionales y/o publicadas en revistas. Dichas fotografías serán propiedad de la Universidad Nacional Autónoma de México, por lo que se encontraran insertadas dentro del expediente que se abra para mi atención.

4.- También se me ha informado que el tiempo estimado para concluir mi tratamiento bajo las condiciones de salud bucal e integral varía dependiendo de factores Biológicos Humanos y Administrativos, ya que esta es una institución educativa donde los tratamientos forman parte de las actividades de aprendizaje de los alumnos, por lo que la asignación del alumno tratante estará a cargo del profesor. La atención bucodental estará sujeta a los tiempos

determinados en el calendario escolar, a la disponibilidad de lugar en la clínica y a las habilidades del alumno.

6.- También se me ha explicado que de no atender mi problema, podrían surgir complicaciones, tales como: _____

7.- Entiendo y acepto que de acuerdo a la información que he recibido por parte del alumno _____ pueden surgir variaciones en el plan de tratamiento originalmente propuesto y exista la necesidad de llevar a cabo uno o varios procedimientos adicionales o alternativos con la finalidad de obtener un buen resultado del tratamiento inicialmente planeado, si ese fuera el caso, apruebo que cualquier modificación hecha tanto en el diseño de algún tipo de aparato o en algunos aparatos o materiales empleados que impliquen la realización de las extracciones dentales, eventos quirúrgicos, endodoncia y costos extras siempre y cuando exista la justificación para ello.

8.- También entiendo que existe la posibilidad de revocación del plan de tratamiento, siempre y cuando se notifique al alumno y profesores tratantes de esta decisión, notificándolo por escrito. Así mismo, tres inasistencias consecutivas sin justificación causarán baja como paciente de esta institución.

9.- Se me ha explicado que el éxito de mi tratamiento dependerá en gran medida de atender a las indicaciones e instrucciones previas del estudiante, durante y posteriores a la realización de mi tratamiento o procedimiento, cualquiera que este sea.

10.- Declaro también que todo lo anterior se me ha explicado en el lenguaje claro y sencillo que he tenido la oportunidad de aclarar todas mis dudas y además haber podido expresar de manera libre todos mis comentarios. Por lo anterior manifiesto estar satisfecho (a) con la información recibida y comprender los alcances y riesgos del procedimiento y/o tratamiento.

11.- Por lo tanto y de acuerdo con la información recibida, otorgo mi consentimiento para que se lleve a cabo el o los procedimientos para mi tratamiento de ortodoncia preventiva interceptiva y ortopedia.

Observaciones: _____

Nombre y firma del paciente (en caso de ser menor de edad, la firma será del padre o tutor): _____

Nombre y firma del tratante: _____

Nombre y firma del Académico: _____