



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA  
DEPARTAMENTO DE ODONTOPEDIATRÍA  
CARTA DE CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO



México, D. F. a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_  
Nombre del padre o tutor

Calle \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ Colonia \_\_\_\_\_ Delegación \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, en calidad de familiar o tutor de \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Nombre del paciente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, declaro que el (la) alumno (a) \_\_\_\_\_

del grupo \_\_\_\_\_, con número de cuenta \_\_\_\_\_ me ha explicado que:

1. El examen bucodental realizado a mi hijo(a) ayuda a establecer el diagnóstico de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ y el tratamiento que consistirá en \_\_\_\_\_

2. La mayoría de los procedimientos en Odontopediatria requiere del uso de anestésicos locales y aislamiento absoluto con cuidados posteriores al mismo. Estoy enterado(a) de los riesgos y beneficios de su empleo.

3. Algunos medicamentos y productos odontológicos pueden ocasionar ciertas reacciones alérgicas.

4. La atención odontológica es diferente en el paciente pediátrico y que existen procedimientos que pueden requerir el uso de técnicas de manejo de la conducta de acuerdo con la edad (técnicas de comunicación, modificación de la conducta y restricción física), las cuales se me han explicado detalladamente, y estoy de acuerdo con su empleo cuando sea necesario.

5. Pueden existir cambios en el plan de tratamiento y realizar procedimientos alternativos con el fin de resolver el problema de mi hijo (a) y devolverle la salud bucodental, pudiendo esto generar costos extras.

6. Cuando un tratamiento se prolongue o interrumpa será necesaria una revalorización del plan de tratamiento. Asimismo, pueden presentarse consecuencias en caso de abandono del mismo, o si durante el tratamiento se acude a otra institución, lo que podría modificar lo convenido inicialmente.

7. De acuerdo con los datos que he proporcionado y que se encuentran asentados en la historia clínica, así como con el examen bucodental que ha efectuado el alumno con la asesoría del profesor \_\_\_\_\_, acepto que en caso de que mi hijo(a) presente alguna enfermedad sistémica, es imprescindible para su atención bucodental una autorización por escrito del médico tratante.

8. Ésta 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.

9. Cualquier actividad encaminada a la valorización, diagnóstico y tratamiento tiene un costo, el cual deberá cubrirse en la caja cuando se me indique.

10. Tres inasistencias o retrasos implican la suspensión en la atención en esta institución. En caso de ser necesaria la cancelación de una cita deberé notificarla con 24 horas de anticipación.

11. Existe la posibilidad de revocar este consentimiento, siempre y cuando se notifique por escrito tanto al alumno como al profesor.

**Declaro que comprendo y acepto todos los incisos anteriores y que toda la información que proporcioné es veraz. Asimismo, manifiesto mi conformidad con la información recibida, los alcances y riesgos de la atención clínica y, por lo tanto, otorgo mi consentimiento para que se lleven a cabo los procedimientos necesarios para la atención bucodental de mi hijo(a).**

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del alumno

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del profesor y número de Cédula Profesional