



Fecha: _____

Nº de Carnet: _____

Nombre del estudiante: _____ Grupo: _____

Nombre del paciente: _____ Edad: _____ Género: F M

Dirección (calle y número): _____

Colonia: _____ C.P.: _____ Teléfono: _____ Celular: _____

Teléfono del trabajo: _____ Ocupación: _____

Pariente más cercano _____ Teléfono _____

Motivo de la consulta dental: _____

Nombre del docente: _____

Marque con una "X" la opción indicada y especifique lo que se indica

Enfermedades que padece actualmente o haya padecido (especifique): _____

¿Está bajo tratamiento médico? No Si ¿Cuál? (especifique): _____

¿Está bajo tratamiento dental? No Si ¿Cuál? (especifique): _____

¿Toma actualmente algún medicamento? No Si ¿Cuál?: _____

¿Por cuánto tiempo?: _____

¿Tiene alguna alergia? (medicamentos, polvo, alimentos, etc.) No Si (especifique): _____

¿Ha tenido reacciones adversas con anestésicos dentales? No Si (especifique): _____

¿Ha comido o bebido algo en las últimas 4 horas? _____

Antecedentes familiares (especifique parentesco y enfermedad) _____

Embarazo: No Si Semana: _____

Signos vitales: TA _____ FR _____ FC _____

Afirmo que los datos anteriores son verídicos

Firma del paciente, padre o tutor.



Carta de consentimiento bajo información

Clínica de		(Edificio Central)	Fecha	Hora
Nombre del paciente (apellido paterno, materno, nombre)			No. Carnet	
Edad	Sexo (masculino) (femenino)	Ocupación	Estado civil	
Domicilio (calle, número, colonia, localidad, municipio, estado)				
Nombre del estudiante (apellido paterno, materno, nombre)		Nombre del docente responsable (apellido paterno, materno, nombre)		

Tengo pleno conocimiento que la Facultad de Odontología pertenece a una institución de enseñanza e investigación por lo cual es necesario conocer las siguientes disposiciones para dar mi consentimiento antes de realizar el tratamiento.

Se me ha informado que el diagnóstico es: _____

Se me ha informado el plan de tratamiento, sus alternativas y los motivos de elección del mismo; por lo que, por este medio libremente y sin presión alguna acepto se me realicen:

- Estudios de laboratorio, gabinete e histopatológicos; obtención de modelos de estudio, estudios radiográficos.
- La aplicación de anestesia (local) (regional).
- Tratamiento restaurador, que consiste en: _____

- Tratamiento de mantenimiento en las citas y horarios acordados.

Se me ha informado los riesgos, molestias y efectos secundarios del tratamiento: (infección) (dolor) (inflamación) (hemorragia) (rechazo del material restaurador) (otros propios del procedimiento).

Autorizo ante cualquier complicación o efecto adverso durante el procedimiento, especialmente ante una urgencia médica, se practiquen las técnicas y procedimientos necesarios.

Autorizo el uso de las fotografías intraorales/extraorales y videograbaciones para fines de diagnóstico, docencia e investigación adoptando las medidas necesarias para mantener la confidencialidad y no pueda ser identificado.

Acepto y reconozco que no se me pueden dar garantías o seguridad absoluta respecto a que el resultado del procedimiento clínico oral sea el más satisfactorio, por lo que acepto la posibilidad de necesitar cualquier posterior intervención para mejorar el resultado final.

Tengo la plena libertad de revocar la autorización de los estudios y tratamientos mientras no inicie el procedimiento.

En caso de ser menor de edad o con capacidades diferentes, se informó y autoriza el responsable del paciente.

Nombre y firma del paciente, padre o tutor Nombre y firma del estudiante Nombre y firma del docente responsable

Nombre y firma del testigo Nombre y firma del testigo