



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIDAD VALLE DE LAS PALMAS



**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Tijuana, Baja California a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_\_.

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana 168-SSA1-1998. Del expediente clínico médico, publicado el lunes 14 de diciembre de 1998, en su capítulo 10.1.1 es presentado este documento escrito y firmado por el paciente, persona responsable o tutor :

\_\_\_\_\_. A través de este documento acepta, bajo la debida información de los riesgos y los beneficios esperados del tratamiento dental a realizar. Este consentimiento cuenta con validez de 5 años a partir de la fecha. Por consiguiente y en calidad de paciente o responsable del paciente:

**DECLARO**

1. Estoy enterado y acepto que para iniciar el plan de tratamiento, deberá integrarse previamente un EXPEDIENTE CLÍNICO ÚNICO, radiografía con interpretación de la misma, plan de tratamiento y los estudios que se consideren necesarios para complementar dicho expediente. Estoy consciente y enterado de que la información que se aporta en el interrogatorio del EXPEDIENTE CLÍNICO ÚNICO es completa y veraz, que cualquier dato que no fuera aportado a esta no involucra ninguna responsabilidad para la Escuela de Ciencias de la Salud, Unidad Valle de las Palmas, UABC.

2. Que he sido claramente informado sobre mi diagnóstico, el cual es: \_\_\_\_\_

3. Que se me ha explicado detalladamente el plan de tratamiento para atender mi padecimiento, el cual consiste en: \_\_\_\_\_

4. Entiendo del procedimiento a realizar, los riesgos que implica y la posibilidad de las complicaciones me han sido explicadas por el alumno y el docente a cargo, comprendo perfectamente la naturaleza y consecuencias del procedimiento, se me han explicado las posibles complicaciones que pueden presentarse antes, durante o después del tratamiento como: hemorragia, inflamación, trismus, dolor, tumefacción, infección leve o severa, parestesias, alergias, mala cicatrización, resultados estéticos no deseados, fracturas, pérdida de órganos dentarios, desplazamiento de órganos, pérdida de hueso, desmayos, paro cardiorespiratorio reversible o no, infarto y pérdida de la vida.

5. Que cuento con la información suficiente sobre los riesgos y beneficios durante mi tratamiento, y sé que puede cambiar de acuerdo a las circunstancias clínicas que surjan durante el mismo.

6. Que no se me ha garantizado ni dado seguridad alguna acerca de los resultados que se podrán obtener.

7. Que puedo requerir de tratamientos complementarios a los que previamente me han mencionado, con el objeto de mejorar el curso de mi padecimiento.

8. Que se me ha informado, que el personal médico que me atiende, cuenta con experiencia y con el equipo necesario para mi tratamiento y aun así, no me exime de presentar complicaciones.

9. Consiento para que se me administre anestesia local, si así lo requiere el tratamiento.

10. Autorizo a mi odontólogo tratante a que conserve con fines científicos o didácticos aquellos tejidos, partes u órganos dentales como resultado del tratamiento, además permito la toma de radiografías y fotografías, por razones de educación científica, así como la demostración o publicación de las mismas de ser necesario.

11. Estoy de acuerdo que cualquier pago que se realice por concepto de la atención en clínicas deberá realizarse al inicio de cada actividad, con el recibo correspondiente, quedando por aclararse con el docente a cargo en el caso de las repeticiones o garantía de algún procedimiento o trabajo de laboratorio.

12. Acepto que la atención esté sujeta a los tiempos y horarios en que las Clínicas Odontológicas laboren y que las citas pueden ser modificadas por situaciones imprevistas durante el servicio, comprometiéndome independientemente de esto a asistir puntualmente a ellas.

13. Estoy consciente que dentro de mi tratamiento puedan ser prescritos algunos medicamentos en beneficio del mismo y que serán anotados en el formato oficial que para este efecto existe, que deberá ser firmado únicamente por el personal docente asignado a la clínica, tomando como propia dicha responsabilidad, por ser personal titulado y con registro ante la SSA.

14. Escuela de Ciencias de la Salud, Unidad Valle de las Palmas, UABC, **no se hace responsable de ningún tratamiento efectuado fuera de las instalaciones de nuestras clínicas.**

15. Acepto que soy responsable de comunicar mi decisión y lo antes informado a mi familia.

**Leí detenidamente el interrogatorio y todas las respuestas fueron contestadas de manera verídica y doy fe de esto.**

Nombre y firma del paciente o tutor: \_\_\_\_\_.

Nombre y firma del alumno: \_\_\_\_\_.

Nombre y firma del maestro: \_\_\_\_\_.