

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
SERVICIO DE ESTOMATOLOGIA

SAN LUIS POTOSI, S.L.P. A:
NOMBRE DEL PACIENTE:
EDAD:

MOTIVO DE LA CONSULTA:
DIAGNOSTICO:
PRONOSTICO:

ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO:

POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS DEL TRATAMIENTO:

DECLARACION DEL PACIENTE ANTES DEL TRATAMIENTO

El paciente declara haber comprendido todas las explicaciones realizadas en un lenguaje claro y sencillo, aclarando dudas, por lo cual se siente plenamente informado en lo referente en la realización y posibles complicaciones del tratamiento elegido, así como cuidados posteriores.

El profesional le ha hecho saber que las posibles complicaciones no dependen de la técnica empleada ni de la realización de la misma, sino que pueden ser imprevistos, como todo acto médico o quirúrgico.

Por lo antes mencionado comprendo las finalidades del tratamiento y los riesgos que puede conllevar. En pleno conocimiento de esto, consiento que el Medico Estomatólogo Jonathan Jossue Aguiñaga Hernandez realice el tratamiento que me explico, así como si en el transcurso de este es necesario realizar cambio en el mismo.

Nombre y Firma del Paciente o Tutor

Nombre y Firma del Medico

CONSULTORIO DENTAL INPOJUVE
 JONATHAN JOSSUE AGUIÑAGA HERNANDEZ
 MEDICO ESTOMATOLOGO

PACIENTE:

EDAD:

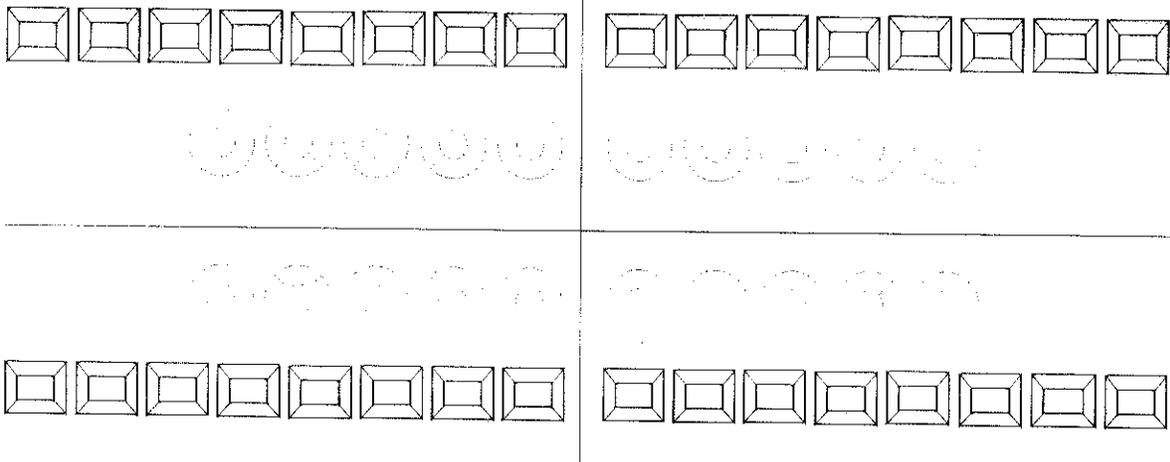
SEXO:

DIRECCION:

PADECIMIENTO ACTUAL:

ENFERMEDADES CRONICAS:

ALERGIAS:



OBSERVACIONES CLINICAS:

NOTA DE EVOLUCION

FECHA	NOTA DE EVOLUCION	FIRMA