

CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS  
ODONTOLÓGICOS:

...../...../.....

1. Yo, por la presente, autorizo al Dr. ....  
y a los miembros de su equipo a realizar el siguiente procedimiento  
odontológico .....

2. El procedimiento enunciado en el punto 1 me ha sido totalmente  
explicado por lo que entiendo la naturaleza y consecuencias de dicho  
procedimiento. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas  
ellas han sido contestadas satisfactoriamente.

Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:

a) Consideraciones Preoperatorios:

Doy consentimiento a la administración de las anestésicas de uso habitual  
en prácticas odontológicas clínico-quirúrgicas. Manifiesto no ser alérgico a  
los anestésicos locales que habitualmente se utilizan. -----  
Manifiesto no ser portador de una cardiopatía, que obligaría a utilizar  
anestesia local sin vasoconstrictor y, autorizo que, en los casos que se  
requiera, se me premedique con antibióticos.-----

b) Consideraciones Operatorias:

Me han sido explicadas las complicaciones propias del procedimiento a  
realizar en cada una de las piezas a tratar, siendo las complicaciones mas  
comunes las siguientes: (Detallar)

.....  
.....

c) Consideraciones Postoperatorias:

c.1) Me han sido explicadas los síntomas de alarma de las complicaciones  
que pudieran derivar del procedimiento realizado y como manejarme ante  
ellas.

c.2) Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución del  
procedimiento realizado, cumpliendo fielmente las indicaciones dadas,  
hasta que me sea otorgada el alta definitiva. Me comprometo, además, a  
informar de inmediato cualquier cambio que apareciera en la normal  
evolución postoperatoria de acuerdo a las explicaciones que mi odontólogo  
me brindo sobre el particular.

c.3) Doy mi consentimiento a ser fotografiado/a y/o filmado/a antes,  
durante y después del tratamiento; siendo este material propiedad del



**La mutual Argentina Salud y Responsabilidad Profesional**

odontólogo y podrá ser publicado en revistas científicas y/o ser expuesto en reuniones con finalidad científica o educacional.

3. Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos referentes a mi estado previo de salud.

4. He leído detenidamente este consentimiento, lo he entendido totalmente y autorizo la realización del procedimiento mencionado.

Firma del paciente: .....

Aclaración: .....

Documento: .....

**SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ COMPLETAR:**

Por la presente dejo constancia que concuro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo.

Firma: .....

Aclaración: .....

Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: .....

Documento: .....

Teléfono: .....

Domicilio: .....

Firma: .....

Aclaración: .....

Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: .....

Documento: .....

Teléfono: .....

Domicilio: .....