

# CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE GUANAJUATO  
DIRECCION DE ATENCION A PERSONAS ADULTAS MAYORES  
PROGRAMA «GRANDES SONRISAS»

El(la) que suscribe \_\_\_\_\_

Con domicilio \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

Municipio \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_

En mi carácter de beneficiario(a) manifiesto que el cirujano dentista \_\_\_\_\_

Cédula Profesional \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Amablemente me informé de manera verbal, libre y sin coerción alguna, en forma clara, sencilla y suficiente, acerca del diagnóstico, el pronóstico y las alternativas del tratamiento para mi padecimiento.

Estoy informado(a) que durante la práctica de la estomatología u odontología y sus diversas disciplinas de especialización en ocasiones incluyen riesgos, complicaciones e incluso posibilidad de que se presente una emergencia medico odontológicas; por tanto, como los resultados no se pueden garantizar, acepto afrontar los riesgos por ser mayor el beneficio esperado.

Diagnóstico(s)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tratamiento(s) por realizar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Riesgos y complicaciones inherentes al tratamiento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Beneficio esperado con el tratamiento por realizar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha y hora \_\_\_\_\_

Consiento \_\_\_\_\_ No consiento \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_