

**CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS.**  
(SCARE – FEPASDE)

Ortodoncista : WILSON CASTRO MEZA. Bogotá D.C. Fecha \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_  
Mayor de edad identificado con c.c. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Actuando en nombre propio o como representante legal de \_\_\_\_\_

**DECLARO**

Que he acudido a consulta de **ORTODONCIA** el día \_\_\_\_\_ con el **ORTODONCISTA WILSON CASTRO MEZA**, habiendo sido atendido, interrogado sobre antecedentes y examinado, mi diagnóstico es \_\_\_\_\_

Y el plan de tratamiento propuesto más adecuado es \_\_\_\_\_

Que consiste en: \_\_\_\_\_

Existiendo las alternativas siguientes: \_\_\_\_\_

Me han advertido de los posibles efectos colaterales \_\_\_\_\_

Y de los riesgos previstos \_\_\_\_\_  
además que existen otros riesgos y molestias del tratamiento muy poco frecuentes, pero que pueden ser graves, incluso fatales. A la vez, que he respondido a las preguntas que me han formulado, de manera comprensible para mí.

También me han informado el derecho a rechazar el tratamiento o revocar el consentimiento. Por tanto consiento que se me realice el tratamiento de \_\_\_\_\_  
Se me ha informado si requiero anestesia, el cual será \_\_\_\_\_

Fui informado de las condiciones de **PUNTUALIDAD, PROGRAMACIÓN SEGÚN EL NOMBRE DE LAS CITAS, HIGIENE, CUIDADO AL COMER PARA NO DAÑAR APARATOS Y DE LAS REPARACIONES CON BANDAS.**

\_\_\_\_\_  
FIRMA Paciente o Acudiente

En .....a.....de.....del...2.00

Rechazo el tratamiento y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión,; principalmente la siguiente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente o Acudiente

\_\_\_\_\_  
Firma de Testigo

\_\_\_\_\_  
Wilson Castro Meza  
Ortodoncista  
RMS 11205  
SSB 79261690  
SSTolima 1521 2004