*Tu LOGO*

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO DE ODONTOPEDIATRÍA**

Yo, *nombre de padre o madre* de *edad* que me identifico con el documento de identidad y que resido en el domicilio *dirección completa de casa* por medio del presente documento hago constar lo siguiente.

* Actualmente soy el representante legal del paciente que responde a nombre de *Nombre del o la paciente* que es menor de edad y/o posee una discapacidad física o mental , que no le permiten dar por sí mismo el consentimiento para ser tratado.
* Acudimos a la clínica *nombre de clínica*  donde he sido atendido por *nombre de odontólogo*
* He sido informado/a que el primer paso para la realización de tratamientos odontológicos es obtener un diagnostico bucal que incluye expediente clínico, examen clínico intraoral, examen clínica extraoral, examen radiográfico, exámenes de laboratorio cuando se amerite.
* Se me ha explicado de forma clara, la naturaleza de la enfermedad oral que padece mi representado, así como el daño que ha causado; las opciones de tratamiento, los posibles riesgos del tratamiento y su pronóstico.
* Me fueron expuestos los riesgos del uso de la anestesia local (posibles alergias, anestesias prolongada, daños tisulares por la punción).
* Entiendo que posterior al tratamiento se podría experimentar inflamación, dolor en el área, dificultad para masticar o abrir la boca, riesgo de infección.
* Estoy de acuerdo en seguir las instrucciones, dadas por el profesional y las indicaciones (incluidas las farmacológicas) antes durante y posteriores al tratamiento que se realice.
* Conozco que estos tratamientos pueden ser hechos en varias citas, y se agendaran según convenga.
* Que dichos tratamientos no son gratuitos y conllevan un costo que será comunicado previamente y cancelado antes de llevar a cabo el procedimiento.

Extiendo mi confianza al profesional que realizará los procedimientos y con mi firma autorizo que sean realizados bajo mi consentimiento.

* Firma de paciente
* Firma de doctor/a
* Fecha