Tu LOGO

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO O INVESTIGACÍON**

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

* Que he acudido a la clínica *nombre de clínica* donde he sido atendido por *nombre de odontólogo*
* Me han explicado de forma clara el diagnóstico de la enfermedad, que padezco, así como su evolución y los daños que ha generado; al igual que las alternativas de tratamiento para dicha enfermedad.
* He comprendido que mi condición en particular no es muy frecuente y que tiene utilidad académica para investigación y estudios científicos.
* He decido participar voluntariamente en la realización de dichos estudios e investigaciones.
* He aceptado que durante el estudio se me realizaran fotografías, radiografías, exámenes de imágenes, exámenes de laboratorio, exámenes de tejidos, y otras pruebas según convenga.
* Comprendo que todas las pruebas antes mencionadas tienen valor académico y acepto compartir mis datos de forma anónima y confidencial resguardando mi identidad.
* Acepto las condiciones del estudio y confirmo mi compromiso a seguir todas las instrucciones que me brinden los responsables.

Confirmo que luego de ser aclaradas mis dudas comprendo la información me declaro competente, y doy mi consentimiento para participar en el estudio o investigación que se requiere en mi caso.

Firma de paciente

Firma de doctor/a

Firma de responsable de investigación

Fecha