

CONSENTIMIENTO INFORMADO ODONTOLÓGICO

Tratamiento dental · Conforme a los artículos 8 a 10 de la Ley
41/2002



DriCloud
Software médico para clínicas

DATOS DEL CENTRO Y DEL PROFESIONAL

Centro sanitario	
Nº de registro sanitario	
Odontólogo/a responsable	
Nº de colegiado	

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos	
DNI / NIE / Pasaporte	
Fecha de nacimiento	
Nº de historia	

Representante legal (si procede)	
DNI del representante	
En calidad de	

TRATAMIENTO PROPUESTO

Tratamiento (exodoncia, endodoncia, implante, ortodoncia, otro)	
Piezas o zonas afectadas	
Nº de sesiones previsto	
Tipo de anestesia prevista	

En qué consiste el tratamiento y cómo se realiza:

Alternativas razonables y consecuencias de no tratar:

RIESGOS

Riesgos típicos del tratamiento (dolor e inflamación postoperatorios, sangrado, infección, afectación de piezas o estructuras vecinas, u otros propios del procedimiento):

Riesgos personalizados (alergias, medicación, enfermedades del paciente):

PRESUPUESTO	
Presupuesto nº	
Importe total aceptado	
Forma de pago	

DECLARACIÓN DEL PACIENTE

- ☐ He sido informado del tratamiento, de sus alternativas y de sus riesgos, en términos comprensibles, y he podido preguntar.
- ☐ He recibido y aceptado el presupuesto correspondiente.
- ☐ Sé que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento (art. 8.5 de la Ley 41/2002).
- ☐ Doy libremente mi conformidad para realizar el tratamiento descrito.

Lugar y fecha	
---------------	--

Firma del paciente o representante

Firma del odontólogo/a

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado y no deseo proseguir, de lo que he sido informado.

Lugar y fecha de la revocación	
--------------------------------	--

Firma del paciente o representante

Firma del profesional

Modelo orientativo de carácter general: cada tratamiento (implantes, cirugía oral, ortodoncia, blanqueamiento) requiere su consentimiento específico con sus riesgos propios. Revisalo con tu asesoría antes de usarlo.