

Modelo de **CONSENTIMIENTO INFORMADO BILATERAL**

Entre el/la Sr./Sra. DNI,
domicilio real N° Depto.,
representada en este acto por DNI,
en adelante "EL PACIENTE" por una parte; y por la otra, el Dr./Dra.,
docente de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata. Matrícula
DNI, en adelante "EL PROFESIONAL", y los alumnos:

..... DNI como operador,
..... DNI como 1° ayudante,
..... DNI como 2° ayudante;

bajo su supervisión conforme al Art. 41 de la Ley 17.132, se conviene la celebración del presente acuerdo de consentimiento informado de acuerdo a lo dispuesto por la Ley N° 26.529, Ley N° 26.657, Ley N° 26.742 y su Decreto reglamentario N° 1089/2012, sujeto a las siguientes cláusulas:

PRIMERA: EL PROFESIONAL, luego de la evaluación DEL PACIENTE, le informa que éste padece (explicar la naturaleza de la patología y su evolución natural):

SEGUNDA: EL PROFESIONAL propone para el tratamiento de la patología detallada en el artículo primero, realizar el siguiente procedimiento (explicar en qué consiste el procedimiento propuesto y cómo se llevará a cabo):

Los beneficios razonables del tratamiento propuesto consisten (detallar los cuidados anteriores y posteriores que el paciente tendrá que realizar):

Las consecuencias de la denegación por parte DEL PACIENTE son (el profesional deberá explicitar qué consecuencias tendrá el paciente si no se realiza el tratamiento propuesto):

Los riesgos del tratamiento, probables complicaciones, mortalidad y secuelas son (se deberán describir las complicaciones comunes de cualquier intervención y las potencialmente serias en función del estado de salud del paciente):

Como alternativa de tratamiento *EL PROFESIONAL* ha propuesto:

EL PROFESIONAL informa que el tipo de anestesia que se va aplicar y sus riesgos son:

TERCERA: Los pacientes con padecimiento mental tienen derecho a ser informados de manera adecuada y comprensible de los derechos que les asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento.

Ante la imposibilidad o la incapacidad de brindar el consentimiento informado a cualquier actuación profesional, podrán hacerlo el cónyuge o conviviente, los hijos mayores de 18 años, los padres, los hermanos, los abuelos, otros familiares directos o el tutor. *EL PACIENTE* designa a (nombrar a los familiares designados):

..... en 1º lugar,
y a: en 2º lugar.

CUARTA: *EL PACIENTE* en este acto SI NO OTORGA el consentimiento para que se le realice el procedimiento propuesto.

QUINTA: El consentimiento que por este acto emite *EL PACIENTE* para los procedimientos odontológicos indicados es revocable hasta el mismo momento en que se comiencen a realizar los tratamientos sugeridos.

SEXTA: El paciente SI NO AUTORIZA AL PROFESIONAL a obtener fotografías, videos o registros gráficos para difundir resultados o iconografía en revistas médicas y/o ámbitos científicos.

El paciente SI NO AUTORIZA AL PROFESIONAL, ser objeto de investigaciones clínicas y/o tratamientos experimentales.

SÉPTIMA: El paciente SI NO AUTORIZA AL PROFESIONAL a que se le realice una extracción de sangre en cualquier momento, antes, durante o después del tratamiento.

OCTAVA: *EL PACIENTE* reconoce que ha sido acompañado por *EL PROFESIONAL* en la explicación y redacción del presente consentimiento informado, que comprende perfectamente su contenido, que está satisfecho por la información recibida, que han sido evacuadas sus dudas y que ha podido tomar una decisión respecto de los procedimientos que realizarán en su zona de reserva.

NOVENA: La Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata se constituye en domicilio legal *DEL PROFESIONAL*, ubicada en Calle 50 entre 1 y 115 de La Plata, Buenos Aires, Argentina y también se convierte en depositario del presente consentimiento informado que incorpora a la historia clínica.

DÉCIMA: Las partes declaran que el lugar donde se llevó adelante la redacción del presente consentimiento informado y que el lugar de cumplimiento del presente contrato es en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata.

DÉCIMA PRIMERA: Para el caso de suscitarse diferendos en la interpretación o ejecución de este acuerdo las partes se comprometen con carácter previo a elegir un mecanismo o método consensuado de prevención y solución de conflictos. Las partes constituyen domicilios en el encabezado del presente, donde serán válidas todas las comunicaciones.

DÉCIMA SEGUNDA: En prueba de conformidad con las cláusulas precedentes, siendo las horas, se formaliza el presente convenio en la Ciudad de La Plata a los días del mes de del año-

Paciente

Firma: DNI Aclaración:

Testigo o responsable del paciente

Firma: DNI Nombre:

Profesional a cargo - **Matrícula Nacional N°:**

Firma: DNI Nombre:

Alumno operador

Firma: DNI Nombre:

1º Ayudante alumno

Firma: DNI Nombre:

2º Ayudante alumno

Firma: DNI Nombre: