Tu LOGO

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, *nombre del paciente* 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.

* Que he acudido a la clínica *nombre de clínica* donde he sido atendido por *nombre de odontólogo*
* Que se me ha explicado que debo participar en la elaboración de un diagnostico odontológico el cual incluirá un examen clínico, un examen radiográfico y un expediente clínico con mi información personal y la posibilidad de exámenes de laboratorio, de acuerdo con la opinión médica.
* Que se me ha informado que si necesito tratamientos se realizaran en un periodo de varias citas programadas en común acuerdo con la clínica, y que asistiré puntualmente a cada una.
* Que entiendo que todos los tratamientos NO son gratuitos, ya que conllevan un costo el cual será comunicado previamente a realizar cualquier tratamiento y al llegar a un acuerdo se procederá luego de su cancelación.
* Estando consiente de todo lo anterior suscribo mi firma aceptando las condiciones antes descritas para dar inicio a mis tratamientos.

Fecha:

Firma de paciente

Firma de Doctor/a