



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA



CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD
CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS INTEGRALES

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS

Guadalajara, Jal., a 11 de Marzo del 20 20

Nombre: [Redacted] No. de Expediente: _____ Edad: 39
 Identificado con: IME
 Nombre del Familiar Responsable: _____
 identificado con: _____
 Representante Legal: _____
 identificado con: _____

Por medio de la presente manifiesto haber sido informado sobre el tipo de procedimientos que se realizarán en mi persona, de sus beneficios, riesgos y complicaciones, y autoriza al personal del Departamento de Clínicas Odontológicas para efectuar:

- Fase I periodontal (Ritmo de control IP)
- Fase II, gingivectomía, gingivoplastia y "Recontorneos" gingival

Así como para la atención de contingencias y/o urgencias, lo anterior fundamentado en la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico

[Redacted]
Nombre y Firma del paciente

[Firma]
Nombre y Firma del Odontólogo Tratante
Quien se identifica con:

Nombre y Firma del Familiar responsable

Nombre y Firma del Odontólogo Tratante

Nombre y Firma del Testigo
Quien se identifica con:

Nombre y Firma del Testigo
Quien se identifica con: