

MENDOZA, 30 MAY 2016

VISTO:

El EXP-CUY N° 11001/2016, en el que la Secretaría de Extensión Universitaria eleva a consideración el modelo de Odontograma y recetario que se utilizará en la Unidad Móvil Odontológica (UMO), y

CONSIDERANDO:

Que dicha solicitud se enmarca en el Proyecto ODONTO I.E.C.40: Odontología Informa, Educa y Comunica en su 40° Aniversario;

Que a fs. 2 y 3 obran los modelos de referencia;

Por ello, teniendo en cuenta lo tratado en su sesión de fecha 10 de mayo de 2016 y en uso de sus atribuciones,

EL CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA
RESUELVE:

ARTICULO 1°.- Aprobar el modelo de Odontograma y Recetario elevado por la Secretaría de Extensión Universitaria que se utilizará en la Unidad Móvil Odontológica (UMO) en el marco del Proyecto ODONTO I.E.C.40: Odontología Informa, Educa y Comunica en su 40° Aniversario, cuyo formato obra en Anexo I de la presente Resolución.

ARTICULO 2°.- Comuníquese e insértese en el libro de Resoluciones del Consejo Directivo.-

RESOLUCION N° **062**

F.O
db


Mgter. Ma. Alejandra LOPEZ
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN


Od. Graciela Edith GARCIA CRIMI
SECRETARIA DE EXTENSION UNIVERSITARIA


Prof. Od. Enrique Jorge RUIZ
VICEDECANO a/c del DECANATO



UNIDAD MÓVIL ODONTOLÓGICA

Lugar: Fecha:

Apellido y Nombre: DNI:

Edad..... Sexo..... Lugar de Nacimiento..... Ocupación:

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
20	19	18	17	16	15	14	13	31	32	33	34	35	36	37	38

Actividad Realizada:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

53	54	53	52	51	61	62	63	64	65
65	64	63	62	61	71	72	73	74	75

C	E	Ei	O	CPO	TP

Firma/Aclaración Paciente:



UNIDAD MÓVIL ODONTOLÓGICA

Lugar: Fecha:

Apellido y Nombre: DNI:

Edad..... Sexo..... Lugar de Nacimiento..... Ocupación:

10	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
20	19	18	17	16	15	14	13	31	32	33	34	35	36	37	38

Actividad Realizada:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
65	64	63	62	61	71	72	73	74	75

C	E	Ei	O	CPO	TP

Firma/Aclaración Paciente:

Mgter. Ma. Alejandra LOPEZ
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN

Od. Graciela Edith GARCIA CRIMI
SECRETARIA DE EXTENSION UNIVERSITARIA

Prof. Od. Enrique Jorge RUIZ
VICEDECANO a/c del DECANATO

CONSENTIMIENTO INFORMADO ADULTO

De conformidad con las disposiciones vigentes, declaro y manifiesto, en pleno uso de mis facultades mentales, libre y espontáneamente **AUTORIZO** al estudiante.....; Registro N°....., bajo supervisión profesional del equipo docente de la Facultad de Odontología de la UNCUIYO cuyos datos constan al pie de la presente, para **LLEVAR A CABO MI ATENCIÓN**, siguiente:

- 8- He sido informado/a y comprendo la necesidad y fines de ser atendido/a.
- 9- He sido informado/a de las alternativas y riesgos posibles del tratamiento.
- 10- Acepto la realización de prueba diagnóstica necesaria para el tratamiento odontológico, incluyendo la realización de estudios radiográficos fotográficos y analíticos, interconsultas con cualquier otro servicio y método que sean propuestos en orden a los fines proyectados.
- 11- Comprendo los posibles riesgos y complicaciones involucradas en los tratamientos odontológicos mencionados, y que en ese caso la duración de estos fenómenos, no está determinada, pudiendo ser irreversible. Comprendo también que la Odontología no es una ciencia exacta, por lo que no existen garantías absolutas sobre el resultado estricto de los tratamientos proyectados.
- 12- Si surgiese alguna situación inesperada o sobrevenida durante la intervención o tratamiento, autorizo al estudiante bajo supervisión profesional a realizar diferentes procedimientos o maniobras aparte de las proyectadas o usuales que a su juicio estimasen oportunos para la resolución de la complicación surgida.
- 13- Me ha sido explicado que, para la realización del tratamiento es imprescindible la colaboración con una higiene oral profunda y con visitas periódicas para control clínico, siendo así que su omisión puede provocar resultados distintos a los esperados.
- 14- Doy mi autorización a quienes suscriben al pie de la presente, a realizar el tratamiento pertinente PUESTO QUE ES POR MI PROPIO INTERÉS sabiendo que puedo retirar este consentimiento por escrito cuando así lo desee y que no renuncio a ninguno de mis derechos.

DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE REALICE TRATAMIENTO ODONTOLOGICO, HABIENDO SIDO DEBIDAMENTE INFORMADO EN QUÉ FORMA VA A CONSISTIR EL MISMO.

Firma:.....Aclaración:.....DNI:.....

Fecha:.....Lugar:.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO ADULTO

De conformidad con las disposiciones vigentes, declaro y manifiesto, en pleno uso de mis facultades mentales, libre y espontáneamente **AUTORIZO** al estudiante.....; Registro N°....., bajo supervisión profesional del equipo docente de la Facultad de Odontología de la UNCUIYO cuyos datos constan al pie de la presente, para **LLEVAR A CABO MI ATENCIÓN**, siguiente:

- 1- He sido informado/a y comprendo la necesidad y fines de ser atendido/a.
- 2- He sido informado/a de las alternativas y riesgos posibles del tratamiento.
- 3- Acepto la realización de prueba diagnóstica necesaria para el tratamiento odontológico, incluyendo la realización de estudios radiográficos y analíticos, interconsultas con cualquier otro servicio y método que sean propuestos en orden a los fines proyectados.
- 4- Comprendo los posibles riesgos y complicaciones involucradas en los tratamientos odontológicos mencionados, y que en ese caso la duración de estos fenómenos, no está determinada, pudiendo ser irreversible. Comprendo también que la Odontología no es una ciencia exacta, por lo que no existen garantías absolutas sobre el resultado estricto de los tratamientos proyectados.
- 5- Si surgiese alguna situación inesperada o sobrevenida durante la intervención o tratamiento, autorizo al estudiante bajo supervisión profesional a realizar diferentes procedimientos o maniobras aparte de las proyectadas o usuales que a su juicio estimasen oportunos para la resolución de la complicación surgida.
- 6- Me ha sido explicado que, para la realización del tratamiento es imprescindible la colaboración con una higiene oral profunda y con visitas periódicas para control clínico, siendo así que su omisión puede provocar resultados distintos a los esperados.
- 7- Doy mi autorización a quienes suscriben al pie de la presente, a realizar el tratamiento pertinente PUESTO QUE ES POR MI PROPIO INTERÉS sabiendo que puedo retirar este consentimiento por escrito cuando así lo desee y que no renuncio a ninguno de mis derechos.

DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE REALICE TRATAMIENTO ODONTOLOGICO, HABIENDO SIDO DEBIDAMENTE INFORMADO EN QUÉ FORMA VA A CONSISTIR EL MISMO.

Firma:.....Aclaración:.....DNI:.....

Fecha:.....Lugar:.....

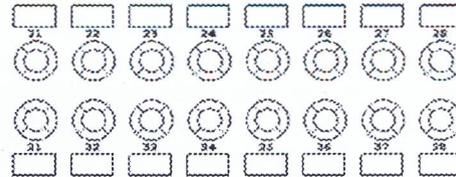
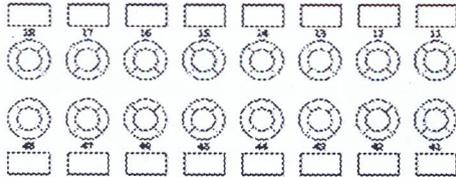


UNIDAD MÓVIL ODONTOLÓGICA

Lugar: Fecha:

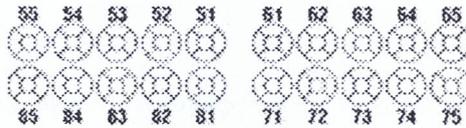
Apellido y Nombre: DNI:

Edad: Sexo: Lugar de Nacimiento: Ocupación:



Actividad Realizada:

.....



C	E	Ei	O	CPO	TP

Firma/Aclaración Paciente:

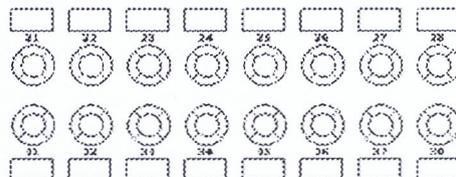
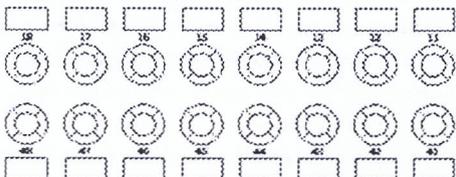


UNIDAD MÓVIL ODONTOLÓGICA

Lugar: Fecha:

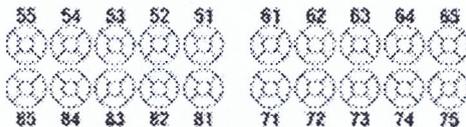
Apellido y Nombre: DNI:

Edad: Sexo: Lugar de Nacimiento: Ocupación:



Actividad Realizada:

.....



C	E	Ei	O	CPO	TP

Firma/Aclaración Paciente:

CONSENTIMIENTO INFORMADO NIÑO/ADOLESCENTE

De conformidad con las disposiciones vigentes, declaro y manifiesto, en pleno uso de mis facultades mentales, libre y espontáneamente **AUTORIZO** al estudiante.....; Registro N°....., bajo supervisión profesional del equipo docente de la Facultad de Odontología de la UNCUYO cuyos datos constan al pie de la presente, para **LLEVAR A CABO LA ATENCIÓN DE NIÑO y/o ADOLESCENTE**....., lo siguiente:

- 8- He sido informado/a y comprendo la necesidad y fines de que el niño y/o adolescente debe ser atendido/a.
- 9- He sido informado/a de las alternativas y riesgos posibles del tratamiento.
- 10- Acepto la realización de prueba diagnóstica necesaria para el tratamiento odontológico, incluyendo la realización de estudios radiográficos fotográficos y analíticos, interconsultas con cualquier otro servicio y método que sean propuestos en orden a los fines proyectados.
- 11- Comprendo los posibles riesgos y complicaciones involucradas en los tratamientos odontológicos mencionados, y que en ese caso la duración de estos fenómenos, no está determinada, pudiendo ser irreversible. Comprendo también que la Odontología no es una ciencia exacta, por lo que no existen garantías absolutas sobre el resultado estricto de los tratamientos proyectados.
- 12- Si surgiese alguna situación inesperada o sobrevenida durante la intervención o tratamiento, autorizo al estudiante bajo supervisión profesional a realizar diferentes procedimientos o maniobras aparte de las proyectadas o usuales que a su juicio estimasen oportunos para la resolución de la complicación surgida.
- 13- Me ha sido explicado que, para la realización del tratamiento es imprescindible la colaboración del niño y/o adolescente con una higiene oral profunda y con visitas periódicas para su control clínico, siendo así que su omisión puede provocar resultados distintos a los esperados.
- 14- Doy mi autorización a quienes suscriben al pie de la presente, a realizar el tratamiento pertinente PUESTO QUE ES POR MI PROPIO INTERÉS y de mi hijo, niño o adolescente a cargo, sabiendo que puedo retirar este consentimiento por escrito cuando así lo desee y que no renuncio ninguno de mis derechos.

DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE REALICE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO, HABIENDO SIDO DEBIDAMENTE INFORMADO EN QUE VA A CONSISTIR EL MISMO.

Firma:.....Aclaración:.....DNI:.....

Relación con el paciente:.....Fecha:.....Lugar:.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO NIÑO/ADOLESCENTE

De conformidad con las disposiciones vigentes, declaro y manifiesto, en pleno uso de mis facultades mentales, libre y espontáneamente **AUTORIZO** al estudiante.....; Registro N°....., bajo supervisión profesional del equipo docente de la Facultad de Odontología de la UNCUYO cuyos datos constan al pie de la presente, para **LLEVAR A CABO LA ATENCIÓN DE NIÑO y/o ADOLESCENTE**....., lo siguiente:

- 1- He sido informado/a y comprendo la necesidad y fines de que el niño y/o adolescente debe ser atendido/a.
- 2- He sido informado/a de las alternativas y riesgos posibles del tratamiento.
- 3- Acepto la realización de prueba diagnóstica necesaria para el tratamiento odontológico, incluyendo la realización de estudios radiográficos fotográficos y analíticos, interconsultas con cualquier otro servicio y método que sean propuestos en orden a los fines proyectados.
- 4- Comprendo los posibles riesgos y complicaciones involucradas en los tratamientos odontológicos mencionados, y que en ese caso la duración de estos fenómenos, no está determinada, pudiendo ser irreversible. Comprendo también que la Odontología no es una ciencia exacta, por lo que no existen garantías absolutas sobre el resultado estricto de los tratamientos proyectados.
- 5- Si surgiese alguna situación inesperada o sobrevenida durante la intervención o tratamiento, autorizo al estudiante bajo supervisión profesional a realizar diferentes procedimientos o maniobras aparte de las proyectadas o usuales que a su juicio estimasen oportunos para la resolución de la complicación surgida.
- 6- Me ha sido explicado que, para la realización del tratamiento es imprescindible la colaboración del niño y/o adolescente con una higiene oral profunda y con visitas periódicas para su control clínico, siendo así que su omisión puede provocar resultados distintos a los esperados.
- 7- Doy mi autorización a quienes suscriben al pie de la presente, a realizar el tratamiento pertinente PUESTO QUE ES POR MI PROPIO INTERÉS y de mi hijo, niño o adolescente a cargo, sabiendo que puedo retirar este consentimiento por escrito cuando así lo desee y que no renuncio ninguno de mis derechos.

DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE REALICE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO, HABIENDO SIDO DEBIDAMENTE INFORMADO EN QUE VA A CONSISTIR EL MISMO.

Firma:.....Aclaración:.....DNI:.....

Relación con el paciente:.....Fecha:.....Lugar:.....



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO

FO
FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA

UNIDAD MÓVIL ODONTOLÓGICA

R/p



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO

FO
FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA

UNIDAD MÓVIL ODONTOLÓGICA

R/p



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO

FO
FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA

UNIDAD MÓVIL ODONTOLÓGICA

R/p

Mgter. Ma. Alejandra LOPEZ
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN

Od. Graciela Edith GARCÍA CRIMI
SECRETARIA DE EXTENSION UNIVERSITARIA

Prof. Od. Enrique Jorge RUIZ
VICEDECANO a/c del DECANATO