

MENDOZA, 27 SET 2016

VISTO:

El EXP-CUY N° 20323/2016, en el que se eleva a consideración el **CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA HISTORIA CLÍNICA DIGITAL EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**, y

CONSIDERANDO:

Que el mismo fue analizado por la Comisión de Interpretación y Reglamento y a fs. 3/4 eleva el formato con las modificaciones sugeridas;

Por ello, teniendo en cuenta lo tratado en su sesión de fecha 23 de agosto de 2016 y en uso de sus atribuciones,

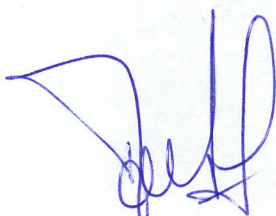
EL CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA
RESUELVE:

ARTICULO 1º.- Aprobar el **CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA HISTORIA CLÍNICA DIGITAL EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**, cuyo formato obra en ANEXO I, que forma parte de la presente Resolución.

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

RESOLUCION N° 122

F.O
db.



Mgter. Ma. Alejandra LOPEZ
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACION



Prof. Dra. Ma. del C. Patricia DI NASSO
DECANA

ANEXO I (Resolución N° 122/2016-CD)

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

[illegible]

Los riesgos previsibles del tratamiento, complicaciones y secuelas son: (Se deberán describir las complicaciones comunes del tratamiento propuesto y las potencialmente serias en función del estado de salud del paciente)

10 1450


Master Mr. Alejandro

Mgter.Ma. Alejandra LOPEZ
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACION

11 Aug

Prof. Dra. Ma. del C. Patricia DI NASSO
DECANA



ANEXO I (Resolución N° 122/2016-CD)

Las consecuencias de no realizar el tratamiento por parte del paciente son (*Se deberán explicitar en forma clara, precisa y adecuada qué consecuencias tendrá el paciente si no se realiza el tratamiento propuesto*)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Como alternativa de tratamiento el profesional ha propuesto:

.....

.....

.....

.....

Se deberán describir las complicaciones comunes del tratamiento alternativo propuesto y las potencialmente serias en función del estado de salud del paciente

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

El profesional informa que el tipo de anestesia que se va aplicar y sus riesgos son:

.....

.....

.....

Mgter. Ma. Alejandra LOPEZ
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACION

Prof. Dra. Ma. del C. Patricia DI NASSO
DECANA

ANEXO I (Resolución N° 122/2016-CD)

El profesional informa al paciente que participarán del acto odontológico descrito el/los, siguiente/s alumno/s:

Apellido y Nombre:

.....DNI.....

Apellido y Nombre:

.....DNI.....

Apellido y Nombre:

.....DNI.....

Apellido y Nombre:

.....DNI.....

Quién/es actuarán bajo su supervisión conforme al Art 41 de la Ley 17.132

El paciente en este acto **OTORGA / NO OTORGA** (*Tachar lo que no corresponda*) el consentimiento para que se le realice el procedimiento propuesto.

El consentimiento que por este acto emite el paciente para los procedimientos odontológicos indicados podrá ser revocado en cualquier momento dejando constancia de ello en la respectiva Historia Clínica.

El paciente **SI / NO** (*Tachar lo que no corresponda*) autoriza al profesional a obtener fotografías, videos o registros gráficos para difundir resultados o iconografía en Revistas Médicas y/o ámbitos científicos. Según Art.53 del Código Civil y Comercial de la Nación.

El presente consentimiento informado ha sido elaborado en el ámbito de la Facultad de Odontología de la U.N. Cuyo

El paciente reconoce, que comprende perfectamente el contenido del presente consentimiento informado, que está satisfecho por la información recibida, que han sido evacuadas sus dudas y que ha podido tomar la decisión indicada respecto de los procedimientos que realizarán en su cavidad bucal. Que asume riesgos y molestias permisibles explicados.

FIRMA DEL PACIENTE:..... ACLARACIÓN:.....
DNI.....

Firma del responsable del paciente: en situaciones de menor de edad, incapacidades, casos especiales que la ley lo determine. Deberá firmar según corresponda en cada caso: representante legal; el apoyo; el cónyuge; el conviviente; el pariente (sin limitación de grados); el allegado que acompañe al paciente, el tutor, el curador o la persona que designe el paciente con anterioridad a la intervención.

APELLIDO Y NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL PACIENTE:
.....DNI.....

APELLIDO Y NOMBRE DEL DOCENTE RESPONSABLE:..... Lugar y
Fecha

APELLIDO Y NOMBRE DEL ALUMNO TRATANTE:..... Lugar y
Fecha

Mgter.Ma. Alejandra LOPEZ
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACION

Prof. Dra. Ma. del C. Patricia DI NASSO
DECANA