

Con fecha \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_

RUT \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ años de edad, con domicilio en

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Y

\_\_\_\_\_  
RUT \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ años de edad, con domicilio en

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

en calidad de apoderado/a y representante legal

#### DECLARO Y ENTIENDO QUE:

1. Se ha informado que el/los tratamientos y/o procedimientos clínicos indicados pueden estar orientadas a intervenir ya sea dientes, hueso o tejidos blandos de la boca y cara, como su anatomía anexa. Dado que ellos guardan relación con la naturaleza de la lesión, condición de salud o enfermedad que tengo o que se encuentra en estudio, se me ha explicado en forma previa la naturaleza y consideraciones de relevancia que involucra en mi caso el tratamiento y procedimientos clínicos, como asimismo los riesgos y complicaciones que podrían ocurrir, así como su prevención y cuidados.

2. Comprendo que a pesar de una adecuada anamnesis, examen clínico, diagnóstico, planificación, técnica e indicaciones, siempre existen riesgos inherentes a procedimientos de esta naturaleza, los cuales pueden incluir entre otros: resultados estéticos insatisfactorios, problemas en otros tratamientos dentales previos, infecciones, hemorragias, daño en otros tejidos y/o órganos, complicaciones anestésicas, entre otros.

3. El dentista tratante ha señalado que el tratamiento y/o procedimientos clínicos podrían requerir la indicación y/o administración de medicamentos como anestesia local, analgésicos antiinflamatorios, antibióticos, corticoides, entre otros, con los riesgos propios de ellos.

4. La indicación del tratamiento y/o los procedimientos clínicos van orientados a solucionar y/o mejorar una condición de salud o estética desfavorable. Ello supone que éstos describen mayores beneficios a no realizarlos y que superan con creces los posibles riesgos y complicaciones que puedan presentarse.

5. Se han entregado todos los antecedentes de hábitos personales y de salud que se han preguntado de manera fidedigna y sin omisiones.

6. Existen riesgos asociados a condiciones de salud general individuales para cada persona, como por ejemplo: edad avanzada, enfermedades crónicas, alergias, compromiso inmunológico, uso de medicamentos específicos, entre otros, que podrían comprometer la condición de salud general o condicionar complicaciones.

7. Acepto que los riesgos y complicaciones de salud, si bien no son deseados, podrían ocurrir como en cualquier otro tratamiento y/o procedimiento clínico y que en el caso de ser necesario, podría requerirse atención en un establecimiento de salud de mayor complejidad.

8. Los tratamientos y/o procedimientos clínicos podrían ir asociados a una condición postoperatoria de recuperación donde es normal y esperable sentir dolor, inflamación, sangrado menor, limitación de las funciones normales de la boca y la cara, entre otras, por las cuales podría indicarse reposo, y que se manejan con indicaciones que se entregan de manera verbal y/o escrita, junto con la prescripción de medicamentos adecuados al caso, todo lo cual se debe seguir estrictamente.

9. El/la paciente debe concurrir a las citaciones de control que se le indiquen.

10. Ante la sospecha de un problema asociado al tratamiento y/o procedimiento clínico, en primera instancia y de manera oportuna se debe contactar con Dental Del Valle o con el profesional tratante que le realizó la atención para controlar y verificar la naturaleza de lo que pueda o no estar ocurriendo.

11. De no seguir las indicaciones anteriormente expuestas, se exime de toda responsabilidad a Dental del Valle como al dentista tratante por la condición de salud y/o estética resultante del/de la paciente. De igual manera, en el caso de que mi tratamiento quedara incompleto, entiendo que podría conllevar a problemas, complicaciones y/o fracaso del tratamiento, lo que podría requerir nueva anamnesis, examen clínico, diagnóstico, planificación, tratamiento, técnica e indicaciones. Ésto podría requerir diferentes tiempos de tratamiento, así como una variación en los costos de éste o incluso la imposibilidad de realizarse.

12. Dental Del Valle es responsable única y exclusivamente en relación al tratamiento y procedimientos clínicos que se realizan en sus instalaciones y por sus dentistas tratantes, por lo que situaciones, problemas y complicaciones en relación a otros tratamientos y/o procedimientos clínicos ajenos no son de su responsabilidad, como tampoco corresponde que se les deba diagnosticar, tratar, controlar o solucionar de alguna manera.

13. Se han preguntado las dudas que pudieran haber y se han aclarado de manera oportuna, por lo que se toma libremente la decisión de atención clínica y de realizar el tratamiento y/o procedimiento clínico.

Acepto a que se realice el tratamiento y/o procedimiento clínico propuesto:

---

---

---

Firma de Paciente

O

Apoderado/a y Representante Legal