



CONSENTIMIENTO INFORMADO SERVICIO ODONTOLÓGICO BAJO ANESTESIA GENERAL EN PEDIATRÍA

Fecha: _____

Yo _____ de _____ años de edad e identificado(a) con documento de identidad número _____ como encargado del niño(a): _____ afiliación No. _____ documento personal de identificación número (DPI) _____ autorizo al personal odontólogo del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social a ser trasladado(a) a servicios contratados de servicio odontológico bajo anestesia general en pediatría para realizar el procedimiento correspondiente.

Definición anestesia general: La anestesia general consiste en proporcionar al paciente un estado reversible de pérdida de conciencia de analgesia y relajación muscular y está dirigido a los pacientes pediátricos que por razones, físicas o psicológicas son incapaces de tener una colaboración mínima con el profesional para poder llevar a cabo el procedimiento odontológico.

He sido informado de forma clara acerca de la naturaleza y propósito del tratamiento y de las sustancias o insumos involucrados, beneficios, complicaciones, efectos secundarios, riesgos previsibles y consecuencias. Se me han resuelto todas las dudas e interrogantes que se formularon, y habiendo dado mi consentimiento informado, acuerdo por la presente liberar al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, a sus profesionales y cuerpo odontológico de alguna responsabilidad con respecto al permiso para este procedimiento odontológico y de los riesgos o resultados desfavorables inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión para dicho tratamiento.

Nombre y firma del padre/responsable

Nombre y firma del Odontólogo