



FORMULARIO BASICO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

DON/DOÑAinscrito/a en el Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Málaga, con el número; habiendo sido requerido/a por **DON/DOÑA**.....para la prestación de servicios profesionales relativos a:

Por el presente documento, procede a informar al paciente de lo siguiente:

- 1.- Naturaleza del acto profesional (qué se va hacer) :

- 2.- Objetivos (para que se hace) :.....

- 3.- Beneficios (que se espera) :

- 4.- Riesgos generales:

- 5.- Molestias y efectos secundarios :

- 6.- Pautas a seguir en esas situaciones :

- 7.- Contraindicaciones:.....

- 8.- Medicación:.....

- 9.- Revisiones:.....

- 10.- Como actuar en caso de complicación:.....

De igual forma, le comunico mi disponibilidad a ampliar dicha información, si Vd. lo requiere, y en este caso, extensiva a :

Para lo que le informo a continuación de lo siguiente:.....

Y en prueba de conformidad, **DON/DOÑA**:..... manifiesta quedar debidamente informado/a del acto profesional requerido, dando expresamente su conformidad al mismo.

Málaga, a.....de.....de.....

Fdo (Doctor):.....

Fdo (Paciente):.....