

Consentimiento Informado del Paciente

Versión 2025-11 — vigente desde 1 de noviembre de 2025

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

Plantilla base. El doctor titular del consultorio debe completar los datos del paciente y del procedimiento antes de obtener la firma física o digital.

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Teléfono de contacto: _____

2. DECLARACIÓN DEL PROFESIONAL

El (la) Dr(a). _____, con cédula profesional _____, ha explicado al paciente, en lenguaje claro y comprensible, el diagnóstico, el tratamiento propuesto, los procedimientos a realizar, los riesgos previsibles, los beneficios esperados y las alternativas terapéuticas disponibles.

3. AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

El paciente, o su representante legal en su caso, declara haber comprendido la información proporcionada, haber tenido oportunidad de formular preguntas y autoriza expresamente al profesional a realizar el procedimiento descrito, así como aquellas maniobras adicionales que resulten médicamente necesarias durante su ejecución para preservar su salud.

4. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

El paciente reconoce haber sido informado del Aviso de Privacidad del consultorio y autoriza el tratamiento de sus datos personales y datos sensibles en materia de salud, conforme a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (LFPDPPP) y su Reglamento. Los datos serán resguardados con medidas de seguridad administrativas, físicas y técnicas, y podrán ser ejercidos los derechos ARCO (acceso, rectificación, cancelación y oposición) ante el responsable del consultorio.

5. CONSENTIMIENTO DE EVIDENCIAS CLÍNICAS

El paciente autoriza la captura, almacenamiento y consulta clínica de imágenes intraorales, radiografías, fotografías clínicas, odontogramas, periodontogramas y notas clínicas asociadas a su tratamiento, para fines de seguimiento profesional y registro en su expediente.

6. REVOCACIÓN

El paciente puede revocar este consentimiento en cualquier momento, por escrito y antes de iniciar el procedimiento, sin que ello implique consecuencia alguna en la atención que reciba.

7. FIRMAS

Lugar y fecha: _____

Firma del paciente o representante legal: _____

Nombre y firma del profesional: _____

Testigo (si aplica): _____

Este documento forma parte del expediente clínico del paciente conforme a la NOM-013-SSA2-2015 y normatividad aplicable.

