

ADVERTENCIAS IMPORTANTES.

- Es necesario visitar al facultativo periódicamente, y cuidar especialmente la higiene dental. Se ha explicado también pormenorizadamente la importancia del cuidado dental y el mantenimiento con visitas periódicas, prescritas por el odontólogo, al menos una vez al año, de sesiones de profilaxis e higiene dental, realizadas por el higienista, que deberán realizarse a lo largo de toda la vida.

- El objetivo perseguido puede no obtenerse, total o parcialmente, con independencia de la técnica empleada y de su correcta realización, y de que, sin esmerada contribución por parte del paciente, en el control de placa, mediante la higiene, los objetivos perseguidos no se pueden cumplir.

SITUACIÓN FINAL

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y el facultativo me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

Si surgiera cualquier situación inesperada durante la intervención, autorizo a mi especialista a realizar cualquier procedimiento o maniobra que, en su juicio clínico, estime oportuna para mi mejor tratamiento.

También comprendo, que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, me considero en condiciones de ponderar debidamente tanto los riesgos como la utilidad y beneficio que puedo obtener del tratamiento. Así pues, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y por ello, **Yo DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se realice el tratamiento. Para que conste firmo el presente

Firma del/de la Higienista

Colegiado nº

D/D^ª



Firma del/de la paciente, padre/madre, tutor/tutora o

representante legal

D/D^ª

En Vigo a 23 de enero de 2025

ANEXO CONSENTIMIENTO INFORMADO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

D/D^a: _____ con
D.N.I. _____ como paciente (padre/madre, tutor/tutora o representante legal) REVOCA el consentimiento prestado con fecha __/__/__ ante el Higienista Dental informante D/D^a _____, no deseando proseguir en tratamiento propuesto.

Firma del/de la Higienista

Firma del/de la paciente, padre/madre, tutor/tutora o representante legal

D/D^e _____

D/D^a _____

En _____ a _____ de _____ de _____

