



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo: _____, portador de la

C.I: _____, madre/padre del niño(a) _____

_____, portador de la C.I. _____ y en calidad de

representante del mismo, autorizo al alumno: _____

_____, portador de la C.I: _____ a realizarle a

mi representado el tratamiento odontológico establecido en su historia clínica (H.C.

Número: _____) en el servicio de Odontología Infantil, de la facultad de

Odontología de la Universidad Santa María. Así mismo acepto las condiciones

establecidas por esta institución para la realización de dicho tratamiendo en cuanto

a la asistencia y acompañamiento del niño a las citas programadas para tal fin.

Representante:

C.I:

- ANEXO FOTOCOPIA DE C.I REPRESENTANTE ()**
- FOTOCOPIA DE C.I O PARTIDA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE ()**
- FOTOCOPIA DE C.I DEL ALUMNO ()**