



**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo: \_\_\_\_\_ C.I: \_\_\_\_\_

Asisto por voluntad propia a realizarme tratamiento odontológico, el cual será practicado por un estudiante de la carrera, aceptando las condiciones establecidas por la Institución estando conciente a a las consecuencias y riesgos que pueda acarrear y procedo a firmar éste documento.

**ANEXO FOTOCOPIA DE C.I DEL PACIENTE ( )**

**FOTOCOPIA DE C.I DEL ALUMNO ( )**

Nombre: \_\_\_\_\_

C.I: \_\_\_\_\_