

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

### PROCEDIMIENTO DE ESTÉTICA OROFACIAL

YO:

RUT:

Fecha:

1. Por la presente, autorizo a la Cirujano Dentista Dra. Paula Quezada Ruminot, RUT 17.859.060-K, a realizar el siguiente procedimiento “Terapéutico-Cosmético” en Odontología:
  - Detalle del procedimiento:
  - Marca y fecha de vencimiento del producto:
  
2. El procedimiento mencionado me ha sido totalmente explicado por el Profesional entendiendo las consecuencias, beneficios y potenciales riesgos:
3. En los sitios de aplicación pueden quedar pequeñas marcas transitorias, enrojecimiento de la piel, hematomas, inflamación y dolor.
4. No pueden ser sometidos(as) a tratamiento: Pacientes embarazadas, en tratamiento con aminoglucósidos, con enfermedades neuromusculares, en período de Lactancia y con signos de infección o inflamación en los sitios de aplicación.
5. Soy consciente que la práctica de la Medicina y Odontología no es una ciencia exacta, por lo tanto, acepto que escapa al Profesional el garantizar los resultados al paciente. Es por esto, que eximo de toda responsabilidad al profesional previamente indicado y a Clínica Da Vinci en el caso de no obtenerse el resultado deseado.
6. He entendido que la duración de los resultados es variable y reversible.
7. Doy mi consentimiento a ser fotografiado(a) antes, durante y después del procedimiento.
8. Doy fe de no haber omitido o alterado mis antecedentes clínicos.

9. He leído detenidamente este consentimiento y lo he entendido totalmente, autorizando al profesional nombrado a realizarme el procedimiento antes explicado.

A través de la presente firma, dejo constancia que comprendí el contenido de este consentimiento:

---

Firma y RUT del Paciente