

Consentimiento Informado del Paciente Urgencia

Yo, _____, he sido informado del procedimiento a realizar por la empresa PROGESSA SpA, entendiendo que es para mi propio beneficio. También, reconozco que se me entregará toda la información obtenida de los procedimientos realizados y que sólo con esta autorización, PROGESSA SpA podrá compartir información estadística que haya recolectado con la CAJA DE COMPENSACIÓN DE LOS ANDES.

Declaro que he contestado una serie de preguntas respecto del procedimiento, todas las cuales han sido respondidas con información que considero suficiente y aceptable. Por lo tanto, en forma voluntaria doy mi consentimiento para que se me realicen los siguientes procedimientos:

- Trepanación es una acción temporal y secuencial, es decir, es un tratamiento que tiene continuidad. Además, depende del paciente, la frecuencia y puntualidad en el tratamiento, por ende, debe seguir las indicaciones dadas por el odontólogo tratante.
 1. **No debe pasar más de 15 días, para realizar el tratamiento de endodoncia.**
 2. **El paciente se compromete a asistir a sus sesiones, en las fechas indicadas.**
 3. **Una vez finalizado el tratamiento de endodoncia, debe realizarse en no más de 20 días la restauración final indicada por el odontólogo tratante, ya que de lo contrario puede fracturarse la pieza dentaria e infectarse el conducto**
 4. **Si el paciente no asiste en la fecha citada la clínica no se hace responsable de las consecuencias posteriores.**

He tomado conocimiento que PROGESSA SpA no se hará responsable de mi condición física como paciente al momento de realizar las prestaciones médicas ambulatorias descritas anteriormente, ni tampoco de los efectos de estas, por la falta de observancia de mi parte, de las recomendaciones dadas por las autoridades de salud.

Por lo anterior, manifiesto tener pleno conocimiento de los posibles riesgos, complicaciones y beneficios que podrían desprenderse de dicho acto.

Fecha: (día-mes-año)

Rut: -

Firma paciente