

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA
ATENCIÓN ODONTOLÓGICA**

Nombre del Paciente: _____

Nombre del Tutor o persona responsable: _____

Clave: _____

Fecha: _____

El paciente que suscribe, en pleno uso de mis facultades, doy mi autorización a la COORDINACIÓN GENERAL DE SALUD para que a través del SERVICIO ODONTOLÓGICO DE PRIMER CONTACTO reciba atención a mi padecimiento odontológico, así mismo que se me practique y ordene exámenes clínicos, intervención quirúrgica o curación que sea necesario para mi recuperación bucal.

Tratamiento a realizar: _____

Expreso libremente que he sido debidamente informado de mi padecimiento odontológico.

Nombre y firma del paciente o tutor.

F-DGFA-CGS-52 / REV:01