



CONSENTIMIENTO INFORMADO ATENCIÓN ODONTOLÓGICA ESCOLAR DE LA UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR FRANCISCA DE LAS LLAGAS

Departamento Odontológico



El servicio odontológico de la Unidad Educativa Particular Francisca de las Llagas pone a disposición de los estudiantes una atención odontológica preventiva, con el objetivo de contribuir al cuidado de la salud bucal/oral de los niños y niñas de la institución.

A través del presente documento se informa a los padres, madres y/o representantes legales que, durante el periodo lectivo 2026-2027, el/la estudiante podrá recibir los siguientes procedimientos odontológicos, siempre que sean clínicamente necesarios y previa evaluación del odontólogo responsable:

- Profilaxis dental (limpieza preventiva)
- Diagnóstico odontológico (Educación y motivación en técnica de cepillado)
- Restauraciones simples y compuestas de baja, mediana y alta complejidad (calzas)
- Sellantes de fosas y fisuras
- Fluorizaciones

Estos procedimientos tienen fines preventivos y de tratamiento conservador, son de baja complejidad. Como en toda atención odontológica, pueden presentarse molestias leves y transitorias (sensibilidad dental, leve sangrado de encías o incomodidad durante el procedimiento), que no representan un riesgo significativo para la salud del estudiante.

El padre, madre y/o representante legal del estudiante podrá solicitar información adicional sobre cualquier procedimiento antes o después de su realización, y podrá revocar esta autorización en cualquier momento mediante comunicación escrita dirigida al plantel educativo.

Cualquier procedimiento no contemplado en la lista anterior, incluyendo extracciones dentales, requerirá una autorización específica y por separado, previa comunicación directa con el padre, madre y/o representante legal.

Yo, _____, en calidad de padre, madre y/o representante legal del estudiante _____, del curso y paralelo _____ declaro haber leído y comprendido la información antes mencionada sobre el servicio odontológico del plantel educativo, para realizar los procedimientos antes descritos en mi compañía, confiando en el criterio profesional del odontólogo responsable y bajo las condiciones de atención establecidas por el plantel educativo. En el caso de no poder asistir pido que se le realice solo el diagnóstico a mi representado y una vez acabada la jornada del día será notificado/a sobre el diagnóstico odontológico de mi representado.

Autorizo realizar los procedimientos antes mencionados a mi representado: SI () NO ()

(física o electrónica) Firma del padre, madre y/o representante legal Fecha: ____ / ____ / ____ _____ Firma del estudiante

Para estudiantes de 15 años en adelante, se requiere adicionalmente su firma, en cumplimiento de las disposiciones legales aplicables.

Nota: junto con el consentimiento informado, anexar copia a color de la cédula del padre, madre y/o representante legal, y copia a color de la cédula del estudiante.