

CLINICA DENTAL.....
.....
.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO

JUSTIFICANTE DE INFORMACIÓN VERBAL

D/ña.,
mayor de edad, con DNI núm....., y domicilio en.....
.....de.....,
actuando en nombre propio, o como representante legal o tutor de D/ña.....
.....

(subrayar si se actúa en nombre propio o como representante legal)

DECLARO:

que en el día de la fecha, el odontólogo/estomatólogo D.....
....., me ha explicado
verbalmente el tratamiento que me va a realizar, así como las molestias, y posibles
efectos secundarios que el mismo puede tener, que lo he comprendido y que doy mi
consentimiento para ello.

En prueba de mi conformidad firmo el presente.

En Granada, ade.....de.....

Fdo.