

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS DE VERIFICACIÓN DE
TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS RECUPERATIVOS**

INFORMACIÓN SOBRE PROCEDIMIENTO

Señor(a) se le comunica que el Seguro Integral de Salud (SIS) a través de Cirujanos Dentistas realizará el procedimiento de examen odontológico con la finalidad de verificar los tratamientos recuperativos de curaciones y extracciones dentales, realizadas a los escolares asegurados SIS durante los años 2015 y 2016 por IPRESS privadas contratadas por el SIS.

Durante esta verificación se podrá tomar fotos a la cavidad bucal del escolar asegurado SIS. Se precisa que el examen bucal realizado en el asegurado escolar SIS, no presenta ningún riesgo para el menor, asimismo, no conlleva la realización otro tipo de procedimientos.

Considerando que el Reglamento de la Ley N°29414 señala que toda persona tiene derecho a otorgar o negar su consentimiento de forma libre y voluntaria cuando se trate de exploración; Dado que para la verificación de los tratamientos odontológicos brindados, se realizará un examen odontológico en el asegurado escolar SIS; se solicita su consentimiento para dicha verificación.

EXPRESIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,.....identificado(a) con DNI N°
.....Padre ()/Madre() o apoderado () del estudiante
.....identificado con DNI N°
.....declaro haber recibido y entendido la información brindada sobre el
procediendo de verificación que se realizará a mi menor hijo(a) y doy mi consentimiento para que
los Cirujanos Dentistas contratados por el SIS realicen dicha verificación.

En relación a la toma de fotografías:

Si consiento que se tomen fotografías solo de la cavidad oral SI() NO ()

Nombre y Firma padre/ madre o Representante legal



Huella Digital