

CONSENTIMIENTO INFORMADO JÓVENES

LUGAR _____ FECHA _____

Yo _____, en mi carácter de _____,
del (la) joven _____.

De _____ años de edad, a través de este conducto, manifiesto que por mi propio derecho y bajo mi estricta responsabilidad, autorizo a que sea atendido en las instalaciones y le sean proporcionados los servicios en la Brigada de Salud Bucodental, de la facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Así mismo, declaro bajo protesta de decir verdad, que la información que proporcioné en la Historia Clínica es veraz, por lo cual, deslindo de toda responsabilidad presente y futura a los representantes, prestadores, profesionistas y terceros de los servicios recibidos.

ATENTAMENTE

FIRMA

Adjuntar a éste documento copia de la INE por ambos lados en caso de ser menores de edad.