



Curso 5º de Grado en Odontología
CLÍNICA ODONTOLÓGICA INTEGRADA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ con DNI _____
como madre/padre y responsable legal del menor _____
_____, **autorizo** al estudiante _____
_____ de 5º curso de
Grado en Odontología de la Universidad Complutense de Madrid a
incluir en su trabajo final de grado , en las publicaciones en Revistas
Científicas y Eprints con motivos académicos ,los registros y pruebas
médicas complementarias anonimizados realizados en el tratamiento
del paciente durante el curso _____. En ningún caso,
apareceran datos personales del paciente y sólo su utilizaran datos
clínicos.

En Madrid, a de de

Firma

Mediante el presente documento se cumple con el deber de información legal estipulado en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de datos de Carácter Personal y con su firma otorga su consentimiento para el tratamiento de sus datos con los fines arriba expuestos.