

## 1. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los datos se recolectaron a través de un instrumento diseñado en Google Form (Google Co, Menlo Park, California, Estados Unidos) para ser exportados a una tabla de Excel (Microsoft) y utilizar análisis descriptivos de frecuencias distribución de muestra en Shapiro-Wilk- ANOVA 2 varianzas, y de distribución normal de muestra. Se trabajara con un nivel confianza de significancia de un 95% , en el programa estadístico SPSS ver. 22 (IBM Co, Ciu)

### 1. Aspectos Éticos de la Investigación

De acuerdo con la **resolución 8430 de 1993 artículo 11** que involucra los aspectos éticos de la investigación en salud, este proyecto se considera como una investigación con riesgo mayor que el mínimo: son aquellas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas, entre las que se consideran estudios radiológicos y con microondas, estudios con los medicamentos y modalidades que se definen en los títulos III y IV de esta resolución, ensayos con nuevos dispositivos.

Estudios que incluyen procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre mayor al 2% del volumen circulante en neonatos, amniocentesis y otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos y los que tengan control con placebos, entre otros.

(Resolución 8430, 1993)

Se espera contar con la aprobación del comité de Trabajo de grado de la

Universidad Antonio Nariño -UAN y el comité de investigación, debido a que es una investigación en el cual se va emplear un medicamento con registro INVIMA y avalado por el laboratorio Farpag. El manejo de la información recolectada será acorde a lo establecido por la al reglamento de investigación del programa de odontología de la UAN, al reglamento interno de investigación, normas éticas y de historias clínicas y del código de ética del odontólogo colombiano.

### **PACIENTES CON K-CIT**

Los 12 pacientes en la gráfica muestra el tamaño de la lesión de los alveolos en el post exodoncia y la secuencia de disminución de tamaño en los diferentes controles para la minimización de la herida.

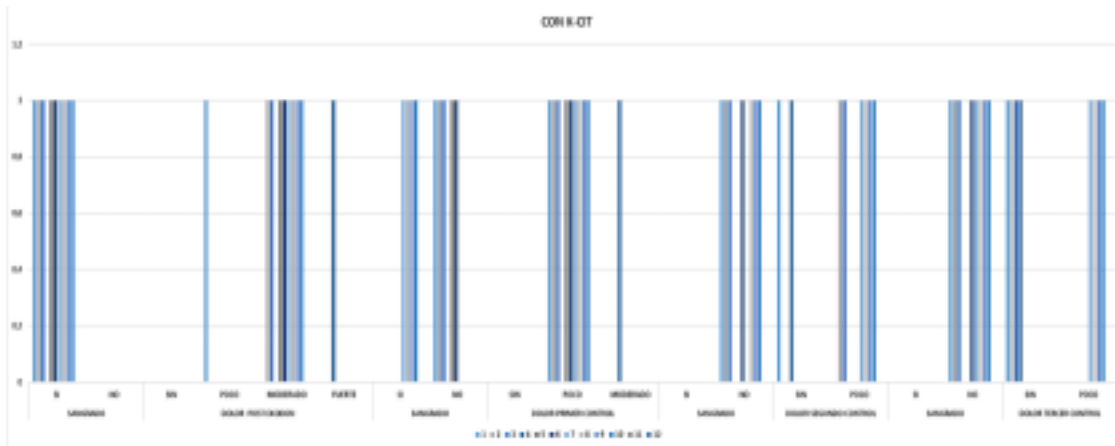
En el primer control se expone los datos del tamaño de los alveolos después del proceso de exodoncia, donde los tamaños tanto de meso-distal y vestibulo-palatino/lingual, varían según el sujeto.

En el caso del primer control los tamaños de las heridas de los alveolos disminuyeron entre un 40-50% del tamaño inicial.

En el segundo control, la disminución de las heridas es paulatino ya que, respecto a la herida inicial, se relaciona en un 60 a 70%.

En el tercer y último control la disminución es muy notorio respecto a la herida inicial, ya que se puede evidenciar entre un 70 a 80% de disminución del tamaño aplicando el cicatrizante K-cit para la cicatrización del tejido blando.

**GRAFICA 23**



FUENTE:Elaboración propia

Para el caso de la presencia de sangrado y manifestación de dolor, en el post exodoncia, en primer lugar, en todos los casos hubo sangrado, y con el dolor moderado en la mayoría de los casos.

### **PACIENTES SIN K-CIT**

En el caso del primer control, el sangrado en 7 pacientes desapareció por completo; para el caso del dolor paso de moderado a poco dolor.

En el caso del segundo control, el sangrado en todos los pacientes desapareció por completo y en la manifestación de dolor en algunos casos paso a no sentir dolor y en otros a poco dolor.

Para el tercer control, el sangrado como en el segundo control no hubo sangrado; y el dolor paso de 7 pacientes a sin dolor y de 5 con poco dolor.

Los 8 pacientes de proceso de exodoncia, en donde no se les aplico cicatrizante K-cit. En los 3 controles se evidencia una disminución paulatina pero más lenta.

En la post exodoncia el tamaño de las heridas tanto de meso-distal y vestíbulo palatino/lingual son proporcionales según el diente extraído, en algunos casos superó los 10 mm y en otros casos tan solo fue de 3-4 mm.

En el primer control la disminución recurre a un 15 a 35% de mejora de la herida de alveolos.

En el segundo control la disminución es de un 35% a 50% respecto a la herida inicial de la exodoncia.

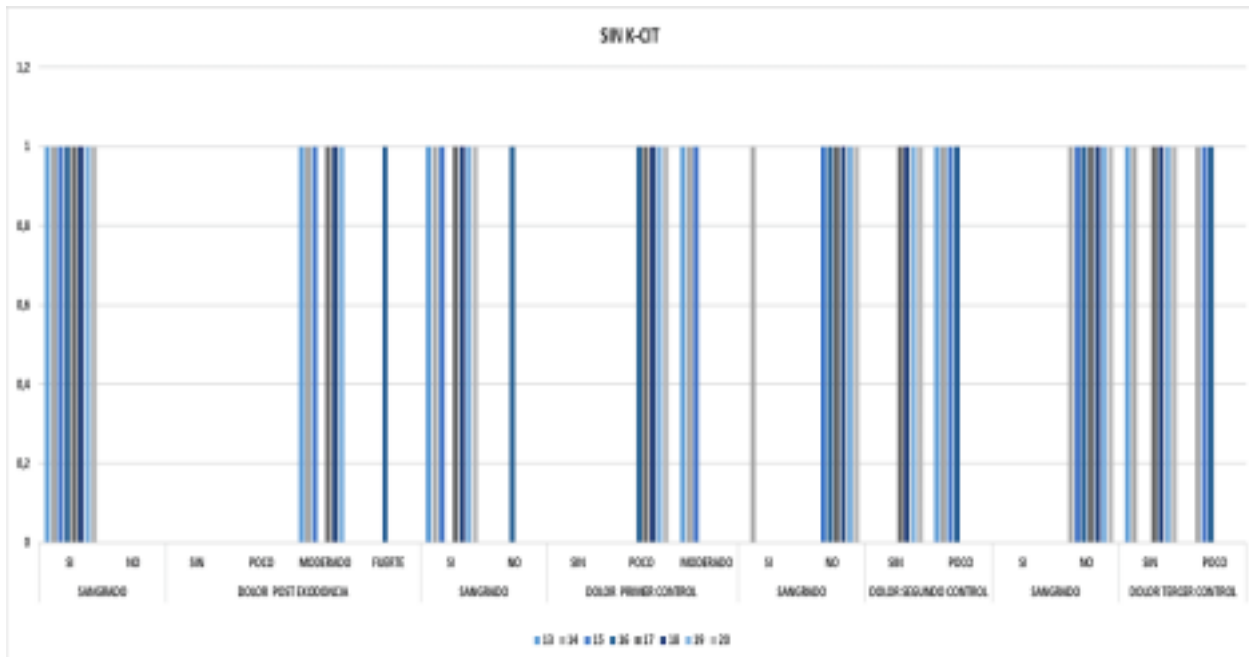
En el tercer control, la disminución es de un 50 a 40% respecto al tamaño inicial.

En la comparación de las heridas usando el tratamiento cicatrizante K-cit y la no utilización del mismo para cicatrización del tejido blando en la extracción de dientes. Se

evidencia que el medicamento como tal si es funcional para el mejoramiento de la cicatrización.

La diferencia es significativa en cuanto al tiempo de uso y al tamaño de las heridas.

## **GRAFICA 24**



FUENTE:Elaboración propia

Para el caso de la presencia de sangrado y manifestación de dolor en los procedimientos sin la aplicación de K-cit; en el post exodoncia todos los pacientes presentaron sangrado y el dolor fue moderado en la mayoría y en otros casos fuertes. En el primer control el sangrado fue muy notorio en la mayoría de los pacientes, tan solo uno el sangrado desapareció; en la manifestación de dolor paso de moderado a poco en la mayoría de los pacientes.

En el segundo control, el sangrado desapareció en 7 apacientes y tan solo 1 continuo con ella; en el caso del dolor, en 4 pacientes desapareció el dolor y en 4 pacientes paso de moderado a poco dolor.

Y en el tercer control el sangrado desapareció por completo en todos los





pacientes, y el dolor, 5 pacientes manifestaron no tener dolor y 3 manifiestan un poco de dolor. Al realizar la comparación entre los aspectos de sangrado y dolor tanto los pacientes a los que se le aplicaron el medicamento cicatrizante y de los pacientes no aplicados; la manifestación disminuyó paulatinamente en ambos aspectos, pero no es el mismo tiempo de cicatrización de los dos tipos de pacientes.





Los pacientes de K-cit su recuperación en estos aspectos fue más notoria y más rápida, que a los no se le aplicaron, sin embargo, las heridas no cerraron del todo según la evidencia fotográfica a continuación paciente por paciente, pero si hubo una exitosa recuperación.

## **REGISTRO FOTOGRAFICO**

| SUJETO 1  |   |  |   |
|---|---|--|---|
| POST EXODONCIA  | PRIMER CONTROL  | SEGUNDO CONTROL  | TERCER CONTROL  |
|  |  |  |  |

| SUJETO 2  |   |  |   |
|---|---|--|---|
| POST EXODONCIA  | PRIMER CONTROL  | SEGUNDO CONTROL  | TERCER CONTROL  |
|  |  |  |  |

| SUJETO 3  |   |  |   |
|---|---|--|---|
| POST EXODONCIA  | PRIMER CONTROL  | SEGUNDO CONTROL  | TERCER CONTROL  |
|  |  |  |  |

| SUJETO 4  |   |  |   |
|---|---|--|---|
| POST EXODONCIA  | PRIMER CONTROL  | SEGUNDO CONTROL  | TERCER CONTROL  |
|  |  |  |  |




| SUJETO 5   |  |   |  |
|--|--|---|--|
| POST EXODONCIA   | PRIMER CONTROL   | SEGUNDO CONTROL   | TERCER CONTROL   |
|  |  |  |  |

| SUJETO 6  |   |  |   |
|---|---|--|---|
| POST EXODONCIA  | PRIMER CONTROL  | SEGUNDO CONTROL  | TERCER CONTROL  |
|  |  |  |  |





| SUJETO 7  |   |  |   |
|---|---|--|---|
| POST EXODONCIA  | PRIMER CONTROL  | SEGUNDO CONTROL  | TERCER CONTROL  |
|  |  |  |  |

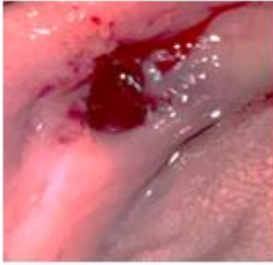





| SUJETO 8  |   |  |   |
|---|---|--|---|
| POST EXODONCIA  | PRIMER CONTROL  | SEGUNDO CONTROL  | TERCER CONTROL  |
|  |  |  |  |

| SUJETO 9  |   |  |   |
|---|---|--|---|
| POST EXODONCIA  | PRIMER CONTROL  | SEGUNDO CONTROL  | TERCER CONTROL  |
|  |  |  |  |

| SUJETO 10  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| POST EXODONCIA   | PRIMER CONTROL   | SEGUNDO CONTROL   | TERCER CONTROL   |
|  |  |  |  |

| SUJETO 11   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| POT EXODONCIA   | PRIMER CONTROL  | SEGUNDO CONTROL  | TERCER CONTROL  |
|  |  |  |  |





| SUJETO 12   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| POT EXODONCIA   | PRIMER CONTROL  | SEGUNDO CONTROL  | TERCER CONTROL  |
|  |  |  |  |





| SUJETO 13   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| POST EXODONCIA  | PRIMER CONTROL  | SEGUNDO CONTROL  | TERCER CONTROL  |
|  |  |  |  |

| SUJETO 14   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| POST EXODONCIA  | PRIMER CONTROL  | SEGUNDO CONTROL  | TERCER CONTROL  |
|  |  |  |  |

| SUJETO 15   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| POST EXODONCIA  | PRIMER CONTROL  | SEGUNDO CONTROL  | TERCER CONTROL  |
|  |  |  |  |

| SUJETO 16   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| POST EXODONCIA  | PRIMER CONTROL  | SEGUNDO CONTROL  | TERCER CONTROL  |
|  |  |  |  |

| SUJETO 17  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| POST EXODONCIA   | PRIMER CONTROL   | SEGUNDO CONTROL   | TERCER CONTROL   |
|  |  |  |  |

| SUJETO 18   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| POST EXODONCIA  | PRIMER CONTROL  | SEGUNDO CONTROL  | TERCER CONTROL  |
|  |  |  |  |

| SUJETO 19   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| POST EXODONCIA  | PRIMER CONTROL  | SEGUNDO CONTROL  | TERCER CONTROL  |
|  |  |  |  |

| SUJETO 20  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| POST EXODONCIA   | PRIMER CONTROL   | SEGUNDO CONTROL   | TERCER CONTROL   |
|  |  |  |  |

## CONSENTIMIENTO INFORMADO INSTITUCIONAL

Yo , \_\_\_\_\_ mayor de edad \_\_\_\_ (años), identificado con \_\_\_\_ (tipo de documento ) \_\_\_\_\_ ( No) de \_\_\_\_\_ actuando en nombre propio , manifiesto que he sido informado del examen y / o procedimiento odontológico que me va ser realizado el día de hoy \_\_\_\_\_ con fines académicos e investigativos , por estudiantes de la Facultad de odontología de la Universidad Antonio Nariño sede Villavicencio semestre \_\_\_\_ . Dejo constancia que tengo conocimiento de los objetivos y fases del estudio denominado Eficacia del K-CIT® como cicatrizante post-exodoncia en pacientes adultos atendidos en la clínica odontológica de la Universidad Antonio Nariño sede Villavicencio durante el periodo 2022-1 2022-2 , así como los siguientes beneficios \_\_\_\_\_ y riesgos \_\_\_\_\_ de participar en el proyecto, como de las molestias asociadas a los procedimientos que se van a realizar . Así mismo, manifiesto haber obtenido respuesta a todos mis interrogantes y dudas al respecto. Estoy informado de que mi participación en el proyecto es libre y voluntaria, pudiendo desistir de ella en cualquier momento y que mi información personal y privacidad será respetada y únicamente serán mencionados aquellos propios de la investigación de acuerdo a la Ley 1581 de 2012. Tengo claro que mi vida , salud , bienestar y condiciones generales y /o bucales actuales no están en riesgo o no se verán inducidas a modificaciones , más allá de las asociadas a mis hábitos habituales de dieta , consumo de medicamentos , topicación de geles y hábitos de cuidado general e higiene oral que tengo con mi salud durante la participación en el estudio , cumpliendo los parámetros establecidos en la resolución 8430 de1993 , por lo cual se establecen las normas científicas , técnicas y administrativas para la investigación en salud . Adicionalmente, acepto que los datos obtenidos de mediciones, índices registrados, cuestionarios, exploración clínica , uso o consumo de algún alimento o producto para evaluar sus resultados , fotografías que fuesen tomadas y por tanto los resultados científicos e investigativos , conforme a los principios éticos de las normas anteriores de la Ley 35 de 1989 de la resolución 1995 de 1999 y de la Ley 2015 de 2020.

A continuación, firman los investigadores y se adjunta la firma de los voluntarios que aceptan participar en este estudio, con nombre claro, tipo y número de cédula .

Investigador I \_\_\_\_\_

Investigador II \_\_\_\_\_

Investigador III \_\_\_\_\_

Investigador IV \_\_\_\_\_

Asesor de la investigación \_\_\_\_\_

Voluntario \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_

NIT. 850056070-7

FECHA:

H.C:

NOMBRE:

D.I:

Rx

VIGENCIA: 72 HORAS A PARTIR DE SU EXPEDICION  
Recomendaciones:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del Alumno \_\_\_\_\_

Código \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del docente \_\_\_\_\_

Registro \_\_\_\_\_

Clínica \_\_\_\_\_

Fecha de elaboración: \_\_\_\_\_

Numero de Historia Clínica: \_\_\_\_\_

**ALERTA SISTÉMICA Y MEDICAMENTOSA**

---

**INTERROGATORIO:**

**1. Ficha de Identificación**

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Raza \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_ Numero de Documento \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Lugar de Origen \_\_\_\_\_ Lugar de residencia \_\_\_\_\_

Persona responsable \_\_\_\_\_ EPS \_\_\_\_\_

Tipo de sangre \_\_\_\_\_ Teléfono fijo y celular \_\_\_\_\_

**MOTIVO DE CONSULTA:** \_\_\_\_\_

**ENFERMEDAD ACTUAL:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PERSONALES:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES FAMILIARES:**

**PADRE:** Vivo \_\_\_ Sano \_\_\_ Sufre de: \_\_\_\_\_ Falleció por: \_\_\_\_\_

**MADRE:** Vivo \_\_\_ Sano \_\_\_ Sufre de: \_\_\_\_\_ Falleció por: \_\_\_\_\_

**ABUELOS PATERNOS:** Vivos \_\_\_ Sanos \_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_

**ABUELOS MATERNOS:** Vivos \_\_\_ Sanos \_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_

**HERMANOS:** Vivos \_\_\_ Sanos \_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ELABORADO POR: Dra. EUGENIA  
CEPEDA  
V.2 -2013

ÁREA: CIRUGÍA ORAL

APROBADO:

Dra. Vanessa Hernández  
Dirección Nacional de Clínicas

**ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS:**

- ORTODONTICO \_\_\_\_
- PROTÉSICO \_\_\_\_
- CARIES \_\_\_\_
- ENDODÓNTICO \_\_\_\_
- CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL \_\_\_\_
- PERIODONTAL \_\_\_\_
- OTROS: \_\_\_\_\_

**EXAMEN DE CAVIDAD ORAL:**

ENCÍA: \_\_\_\_\_  
DIENTES: \_\_\_\_\_  
PALADAR DURO y BLANDO: \_\_\_\_\_  
MEJILLAS: \_\_\_\_\_  
FRENILLOS: \_\_\_\_\_  
LENGUA: \_\_\_\_\_  
GLÁNDULAS SALIVALES: \_\_\_\_\_  
PISO DE BOCA: \_\_\_\_\_  
AMÍGDALAS: \_\_\_\_\_

**EXPLORACIÓN FÍSICA:**

**Signos Vitales**

- |                 |                       |
|-----------------|-----------------------|
| 1. FC: _____    | 5. TEMPERATURA _____  |
| 2. TA: _____    | 6. PESO ACTUAL: _____ |
| 3. PULSO: _____ | 7. ESTATURA: _____    |
| 4. FR: _____    |                       |

**HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PRONOSTICO:** \_\_\_\_\_

**DIAGNOSTICO DEFINITIVO:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

|  |                    |   |
|--|--------------------|---|
| ELABORADO POR: Dra. EUGENIA<br>CEPEDA<br>V.2 -2013 | AREA: CIRUGIA ORAL | APROBADO:<br>Dra. Vanessa Hernández<br>Dirección Nacional de Clínicas |
|--|--------------------|---|



**TRATAMIENTO IDEAL:**

---

---

**TRATAMIENTO REAL DEFINITIVO:**

---

---

**EVOLUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:**

---

---

---

---

---

|  |                    |   |
|--|--------------------|---|
| ELABORADO POR: Dra. EUGENIA<br>CEPEDA<br>V.2 -2013 | ÁREA: CIRUGÍA ORAL | APROBADO:<br>Dra. Vanessa Hernández<br>Dirección Nacional de Clínicas |
|--|--------------------|---|

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CIRUGÍA ORAL UAN

Fecha: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, yo \_\_\_\_\_, identificado con documento de identidad número \_\_\_\_\_ Expedido en la ciudad de \_\_\_\_\_, otorgo de forma libre mi consentimiento al Doctor(a) \_\_\_\_\_, para que en ejercicio legal de su profesión se me practique el procedimiento o cirugía de: \_\_\_\_\_ en los dientes \_\_\_\_\_ y/o cuadrante \_\_\_\_\_ adicional

Se me ha informado y explicado lo siguiente:

1. Que pueden surgir complicaciones tales como: \_\_\_\_\_

He sido informado en forma clara a cerca de la naturaleza y propósito de tratamiento y de las sustancias o insumos involucrados, beneficios, complicaciones, efector secundarios, riesgos previsibles y consecuencias, se me han resuelto todas las dudas e interrogantes que he formulado y habiendo dado mi consentimiento informado, acepto el procedimiento a realizar por el Dr. (a): \_\_\_\_\_

Firma de Paciente: \_\_\_\_\_

Número de Documento: \_\_\_\_\_

Firma del Docente y Sello: \_\_\_\_\_

Huella Dactilar



|  |                    |   |
|--|--------------------|---|
| ELABORADO POR: Dra. EUGENIA<br>CEPEDA<br>V.2 -2013 | AREA: CIRUGÍA ORAL | APROBADO:<br>Dra. Vanessa Hernández<br>Dirección Nacional de Clínicas |
|--|--------------------|---|



**FACULTAD DE ODONTOLOGIA  
CLINICAS ODONTOLÓGICAS**

**ATENCIÓN INMEDIATA ODONTOLÓGICA DE ADULTOS**

HISTORIA CLINICA No \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
NOMBRE ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ CÓDIGO: \_\_\_\_\_ SEMESTRE: \_\_\_\_\_

**ASPECTOS GENERALES**

Nombres: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_  
Sexo: Masculino \_\_\_\_\_ Femenino: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Doc. De Identificación: T.J. \_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_  
Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_  
Dirección vivienda: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Persona responsable del paciente: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**MOTIVO DE CONSULTA**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Historia afección presente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ANAMNESIS**

- |                              |                            |                             |
|------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| 1. Tratamiento médico        | 6. Hipertensión arterial   | 11. Diabetes                |
| 2. Ingestión de medicamentos | 7. Hepatitis               | 12. Fiebre reumática        |
| 3. Reacciones alérgicas      | 8. Sinusitis               | 13. Otras enfermedades      |
| 4. Hemorragias               | 9. Problemas respiratorios | 14. Embarazadas             |
| 5. Irradiaciones             | 10. Cardiopatías           | 15. Problemas hematológicos |

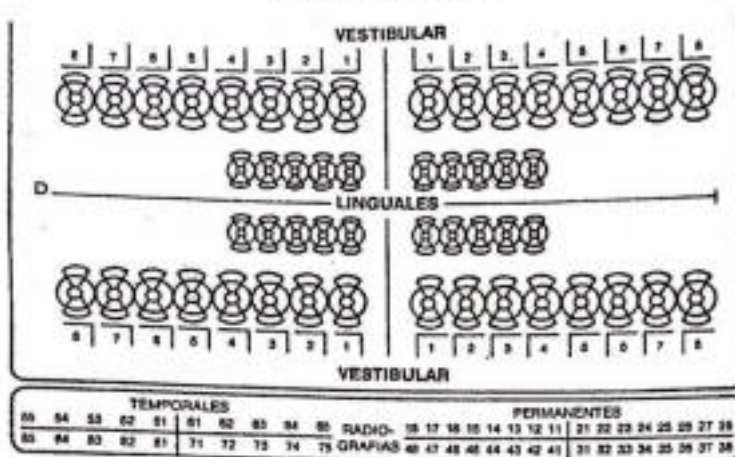
Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**EXAMEN FÍSICO ORAL:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**EXAMENES COMPLEMENTARIOS:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DIAGNOSTICO:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ODONTOGRAMA



|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**PLAN DE TRATAMIENTO INMEDIATO**

**PLAN DE TRATAMIENTO IDEAL**

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**TRATAMIENTO REALIZADO**

**VALOR TRATAMIENTO**

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**VALOR DE TRATAMIENTO INMEDIATO**

| FECHA |   |   | CÓDIGO CLÍNICA | CÓDIGO ALUMNO | TRATAMIENTO EJECUTADO | RECIBO No | VALOR | FIRMA DOCENTE |
|-------|---|---|----------------|---------------|-----------------------|-----------|-------|---------------|
| D     | M | A |                |               |                       |           |       |               |
|       |   |   |                |               |                       |           |       |               |
|       |   |   |                |               |                       |           |       |               |
|       |   |   |                |               |                       |           |       |               |
|       |   |   |                |               |                       |           |       |               |
|       |   |   |                |               |                       |           |       |               |

Eficacia del K-CIT® como cicatrizante post-exodoncia en pacientes adultos atendidos en la clínica odontológica de la Universidad Antonio Nariño sede Villavicencio durante el periodo 2022-1 2022-2

Hallazgos clínicos

 evivas39@uan.edu.co (no compartidos) [Cambiar de cuenta](#)



Nombre del paciente

Tu respuesta

Documento de identificación

**LINK:**

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSd25vIvS9n9qsM3OQMXKr4zIxivHO5IE4zN\\_NbCBXGK YIOtdMQ/viewform](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSd25vIvS9n9qsM3OQMXKr4zIxivHO5IE4zN_NbCBXGK YIOtdMQ/viewform)

CONSENTIMIENTO INFORMADO INSTITUCIONAL

Yo, Joana Rodriguez mayor de edad 35 (años), identificado con CC (tipo de documento) 1015395542 (No) de Bojota actuando en nombre propio, manifiesto que he sido informado del examen y / o procedimiento odontológico que me va ser realizado el día de hoy 15/03/22 con fines académicos e investigativos, por estudiantes de la Facultad de odontología de la Universidad Antonio Nariño sede Villavicencio semestre IX. Dejo constancia que tengo conocimiento de los objetivos y fases del estudio denominado Eficacia del K-CIT® como cicatrizante post-exodoncia en pacientes adultos atendidos en la clínica odontológica de la Universidad Antonio Nariño sede Villavicencio durante el periodo 2022-1 2022-2, así como los siguientes beneficios Aceleración del Proceso de cicatrización riesgos Procesos Alérgicos de participar en el proyecto, como de las molestias asociadas a los procedimientos que se van a realizar. Así mismo, manifiesto haber obtenido respuesta a todos mis interrogantes y dudas al respecto. Estoy informado de que mi participación en el proyecto es libre y voluntaria, pudiendo desistir de ella en cualquier momento y que mi información personal y privacidad será respetada y únicamente serán mencionados aquellos propios de la investigación de acuerdo a la Ley 1581 de 2012. Tengo claro que mi vida, salud, bienestar y condiciones generales y /o bucales actuales no están en riesgo o no se verán inducidas a modificaciones, más allá de las asociadas a mis hábitos habituales de dieta, consumo de medicamentos, topicación de geles y hábitos de cuidado general e higiene oral que tengo con mi salud durante la participación en el estudio, cumpliendo los parámetros establecidos en la resolución 8430 de 1993, por lo cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Adicionalmente, acepto que los datos obtenidos de mediciones, índices registrados, cuestionarios, exploración clínica, uso o consumo de algún alimento o producto para evaluar sus resultados, fotografías que fuesen tomadas y por tanto los resultados científicos e investigativos, conforme a los principios éticos de las normas anteriores de la Ley 35 de 1989 de la resolución 1995 de 1999 y de la Ley 2015 de 2020.

A continuación, firman los investigadores y se adjunta la firma de los voluntarios que aceptan participar en este estudio, con nombre claro, tipo y número de cédula.

Investigador I Camila Avard

Investigador II \_\_\_\_\_

Investigador III \_\_\_\_\_

Investigador IV \_\_\_\_\_

Asesor de la investigación \_\_\_\_\_

Voluntario Joana Rodriguez C.C. 1015395542


Testigo \_\_\_\_\_

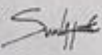
CONSENTIMIENTO INFORMADO INSTITUCIONAL


Yo Nicola Betancurth Villegas mayor de edad 23 (años), identificado con (tipo de documento) CI (No) 1234991790 de Villavicencio actuando en nombre propio, manifiesto que he sido informado del examen y / o procedimiento odontológico que me va ser realizado el día de hoy 12/05/2022 con fines académicos e investigativos, por estudiantes de la Facultad de odontología de la Universidad Antonio Nariño sede Villavicencio semestre IX. Dejo constancia que tengo conocimiento de los objetivos y fases del estudio denominado Eficacia del K-CIT® como cicatrizante post-exodoncia en pacientes adultos atendidos en la clínica odontológica de la Universidad Antonio Nariño sede Villavicencio durante el periodo 2022-1 2022-2, así como beneficios de aceleración en el proceso de cicatrización con riesgos como procesos alérgicos. De participar en el proyecto, como de las molestias asociadas a los procedimientos que se van a realizar. Así mismo, manifiesto haber obtenido respuesta a todos mis interrogantes y dudas al respecto. Estoy informado de que mi participación en el proyecto es libre y voluntaria, pudiendo desistir de ella en cualquier momento y que mi información personal y privacidad será respetada y únicamente serán mencionados aquellos propios de la investigación de acuerdo a la Ley 1581 de 2012. Tengo claro que mi vida, salud, bienestar y condiciones generales y /o bucales actuales no están en riesgo o no se verán inducidas a modificaciones, más allá de las asociadas a mis hábitos habituales de dieta, consumo de medicamentos, topicación de geles y hábitos de cuidado general e higiene oral que tengo con mi salud durante la participación en el estudio, cumpliendo los parámetros establecidos en la resolución 8430 de 1993, por lo cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Adicionalmente, acepto que los datos obtenidos de mediciones, índices registrados, cuestionarios, exploración clínica, uso o consumo de algún alimento o producto para evaluar sus resultados, fotografías que fuesen tomadas y por tanto los resultados científicos e investigativos, conforme a los principios éticos de las normas anteriores de la Ley 35 de 1989 de la resolución 1995 de 1999 y de la Ley 2015 de 2020.

A continuación, firman los investigadores y se adjunta la firma de los voluntarios que aceptan participar en este estudio, con nombre claro, tipo y número de cédula.

Investigador I Camilo Alvarado

Investigador III 

Investigador II 

Investigador IV 

Voluntario Nicola B.V.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO INSTITUCIONAL

Yo Angie Tatiana Moreno Villamil mayor de edad 20 (años), identificado con (tipo de documento) cc (No) 1006773056 de Acacias actuando en nombre propio, manifiesto que he sido informado del examen y / o procedimiento odontológico que me va ser realizado el día de hoy 12/05/2022 con fines académicos e investigativos, por estudiantes de la Facultad de odontología de la Universidad Antonio Nariño sede Villavicencio semestre IX. Dejo constancia que tengo conocimiento de los objetivos y fases del estudio denominado Eficacia del K-CIT® como cicatrizante post-exodoncia en pacientes adultos atendidos en la clínica odontológica de la Universidad Antonio Nariño sede Villavicencio durante el periodo 2022-1 2022-2, así como beneficios de aceleración en el proceso de cicatrización con riesgos como procesos alérgicos. De participar en el proyecto, como de las molestias asociadas a los procedimientos que se van a realizar. Así mismo, manifiesto haber obtenido respuesta a todos mis interrogantes y dudas al respecto. Estoy informado de que mi participación en el proyecto es libre y voluntaria, pudiendo desistir de ella en cualquier momento y que mi información personal y privacidad será respetada y únicamente serán mencionados aquellos propios de la investigación de acuerdo a la Ley 1581 de 2012. Tengo claro que mi vida, salud, bienestar y condiciones generales y /o bucales actuales no están en riesgo o no se verán inducidas a modificaciones, más allá de las asociadas a mis hábitos habituales de dieta, consumo de medicamentos, topicación de geles y hábitos de cuidado general e higiene oral que tengo con mi salud durante la participación en el estudio, cumpliendo los parámetros establecidos en la resolución 8430 de 1993, por lo cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Adicionalmente, acepto que los datos obtenidos de mediciones, índices registrados, cuestionarios, exploración clínica, uso o consumo de algún alimento o producto para evaluar sus resultados, fotografías que fuesen tomadas y por tanto los resultados científicos e investigativos, conforme a los principios éticos de las normas anteriores de la Ley 35 de 1989 de la resolución 1995 de 1999 y de la Ley 2015 de 2020.

A continuación, firman los investigadores y se adjunta la firma de los voluntarios que aceptan participar en este estudio, con nombre claro, tipo y número de cédula.

Investigador I Camila Avard

Investigador III

Investigador II

Investigador IV

Voluntario

X Angie Moreno




CONSENTIMIENTO INFORMADO INSTITUCIONAL

Yo WISA Angelica Rodriguez Sambrin mayor de edad 27 (años), identificado con (tipo de documento) C.C (No) 1.121.920.518 de Villavicencio actuando en nombre propio, manifiesto que he sido informado del examen y / o procedimiento odontológico que me va ser realizado el día de hoy 23/OA/2022 con fines académicos e investigativos, por estudiantes de la Facultad de odontología de la Universidad Antonio Nariño sede Villavicencio semestre \_\_\_\_\_. Dejo constancia que tengo conocimiento de los objetivos y fases del estudio denominado Eficacia del K-CIT\* como cicatrizante post-exodoncia en pacientes adultos atendidos en la clínica odontológica de la Universidad Antonio Nariño sede Villavicencio durante el periodo 2022-1 2022-2, así como beneficios de aceleración en el proceso de cicatrización con riesgos como procesos alérgicos. De participar en el proyecto, como de las molestias asociadas a los procedimientos que se van a realizar. Así mismo, manifiesto haber obtenido respuesta a todos mis interrogantes y dudas al respecto. Estoy informado de que mi participación en el proyecto es libre y voluntaria, pudiendo desistir de ella en cualquier momento y que mi información personal y privacidad será respetada y únicamente serán mencionados aquellos propios de la investigación de acuerdo a la Ley 1581 de 2012. Tengo claro que mi vida, salud, bienestar y condiciones generales y /o bucales actuales no están en riesgo o no se verán inducidas a modificaciones, más allá de las asociadas a mis hábitos habituales de dieta, consumo de medicamentos, topicación de geles y hábitos de cuidado general e higiene oral que tengo con mi salud durante la participación en el estudio, cumpliendo los parámetros establecidos en la resolución 8430 de 1993, por lo cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Adicionalmente, acepto que los datos obtenidos de mediciones, índices registrados, cuestionarios, exploración clínica, uso o consumo de algún alimento o producto para evaluar sus resultados, fotografías que fuesen tomadas y por tanto los resultados científicos e investigativos, conforme a los principios éticos de las normas anteriores de la Ley 35 de 1989 de la resolución 1995 de 1999 y de la Ley 2015 de 2020.

A continuación, firman los investigadores y se adjunta la firma de los voluntarios que aceptan participar en este estudio, con nombre claro, tipo y número de cédula.

Investigador I Comilo Auzed.

Investigador III 

Investigador II 

Investigador IV 

Voluntario WISA RODRIGUEZ  
1.121.920.518

## CONSENTIMIENTO INFORMADO INSTITUCIONAL

Yo, Didier Andres Taposo mayor de edad 24 (años), identificado con CC (tipo de documento) 112449578 (No) de Villavicencio actuando en nombre propio, manifiesto que he sido informado del examen y / o procedimiento odontológico que me va ser realizado el día de hoy 31/03/22 con fines académicos e investigativos, por estudiantes de la Facultad de odontología de la Universidad Antonio Nariño sede Villavicencio semestre IX. Dejo constancia que tengo conocimiento de los objetivos y fases del estudio denominado Eficacia del K-CIT® como cicatrizante post-exodoncia en pacientes adultos atendidos en la clínica odontológica de la Universidad Antonio Nariño sede Villavicencio durante el periodo 2022-1 2022-2, así como los siguientes beneficios Aceleración en el proceso de cicatrización y riesgos Proceso alergico de participar en el proyecto, como de las molestias asociadas a los procedimientos que se van a realizar. Así mismo, manifiesto haber obtenido respuesta a todos mis interrogantes y dudas al respecto. Estoy informado de que mi participación en el proyecto es libre y voluntaria, pudiendo desistir de ella en cualquier momento y que mi información personal y privacidad será respetada y únicamente serán mencionados aquellos propios de la investigación de acuerdo a la Ley 1581 de 2012. Tengo claro que mi vida, salud, bienestar y condiciones generales y /o bucales actuales no están en riesgo o no se verán inducidas a modificaciones, más allá de las asociadas a mis hábitos habituales de dieta, consumo de medicamentos, topicación de geles y hábitos de cuidado general e higiene oral que tengo con mi salud durante la participación en el estudio, cumpliendo los parámetros establecidos en la resolución 8430 de 1993, por lo cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Adicionalmente, acepto que los datos obtenidos de mediciones, índices registrados, cuestionarios, exploración clínica, uso o consumo de algún alimento o producto para evaluar sus resultados, fotografías que fuesen tomadas y por tanto los resultados científicos e investigativos, conforme a los principios éticos de las normas anteriores de la Ley 35 de 1989 de la resolución 1995 de 1999 y de la Ley 2015 de 2020.

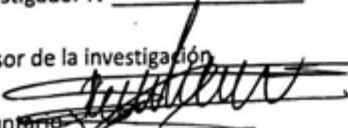
A continuación, firman los investigadores y se adjunta la firma de los voluntarios que aceptan participar en este estudio, con nombre claro, tipo y número de cédula.

Investigador I 

Investigador II \_\_\_\_\_

Investigador III \_\_\_\_\_

Investigador IV \_\_\_\_\_

Asesor de la Investigación 

Voluntario 



Testigo \_\_\_\_\_

Escaneado con CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO INSTITUCIONAL

Yo Dairo José Zapata Salas mayor de edad 65 (años), identificado con (tipo de documento) C.C. (No) 17810077 de Colombia actuando en nombre propio, manifiesto que he sido informado del examen y / o procedimiento odontológico que me va ser realizado el día de hoy 09-05-22 con fines académicos e investigativos, por estudiantes de la Facultad de odontología de la Universidad Antonio Nariño sede Villavicencio semestre 9. Dejo constancia que tengo conocimiento de los objetivos y fases del estudio denominado Eficacia del K-CIT® como cicatrizante post-exodoncia en pacientes adultos atendidos en la clínica odontológica de la Universidad Antonio Nariño sede Villavicencio durante el periodo 2022-1 2022-2, así como beneficios de aceleración en el proceso de cicatrización con riesgos como procesos alérgicos. De participar en el proyecto, como de las molestias asociadas a los procedimientos que se van a realizar. Así mismo, manifiesto haber obtenido respuesta a todos mis interrogantes y dudas al respecto. Estoy informado de que mi participación en el proyecto es libre y voluntaria, pudiendo desistir de ella en cualquier momento y que mi información personal y privacidad será respetada y únicamente serán mencionados aquellos propios de la investigación de acuerdo a la Ley 1581 de 2012. Tengo claro que mi vida, salud, bienestar y condiciones generales y /o bucales actuales no están en riesgo o no se verán inducidas a modificaciones, más allá de las asociadas a mis hábitos habituales de dieta, consumo de medicamentos, topicación de geles y hábitos de cuidado general e higiene oral que tengo con mi salud durante la participación en el estudio, cumpliendo los parámetros establecidos en la resolución 8430 de 1993, por lo cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Adicionalmente, acepto que los datos obtenidos de mediciones, índices registrados, cuestionarios, exploración clínica, uso o consumo de algún alimento o producto para evaluar sus resultados, fotografías que fuesen tomadas y por tanto los resultados científicos e investigativos, conforme a los principios éticos de las normas anteriores de la Ley 35 de 1989 de la resolución 1995 de 1999 y de la Ley 2015 de 2020.

A continuación, firman los investigadores y se adjunta la firma de los voluntarios que aceptan participar en este estudio, con nombre claro, tipo y número de cédula.

Investigador I Camilo Auzad.

Investigador III 

Investigador II 

Investigador IV 

Voluntario Dairo

## CONSENTIMIENTO INFORMADO INSTITUCIONAL

Yo Arquimedes Avila mayor de edad 47 (años), identificado con (tipo de documento) CC (No) 86046127 de Villavicencio actuando en nombre propio, manifiesto que he sido informado del examen y / o procedimiento odontológico que me va ser realizado el día de hoy 26/08/22 con fines académicos e investigativos, por estudiantes de la Facultad de odontología de la Universidad Antonio Nariño sede Villavicencio semestre X. Dejo constancia que tengo conocimiento de los objetivos y fases del estudio denominado Eficacia del K-CIT® como cicatrizante post-exodoncia en pacientes adultos atendidos en la clínica odontológica de la Universidad Antonio Nariño sede Villavicencio durante el periodo 2022-1 2022-2, así como beneficios de aceleración en el proceso de cicatrización con riesgos como procesos alérgicos. De participar en el proyecto, como de las molestias asociadas a los procedimientos que se van a realizar. Así mismo, manifiesto haber obtenido respuesta a todos mis interrogantes y dudas al respecto. Estoy informado de que mi participación en el proyecto es libre y voluntaria, pudiendo desistir de ella en cualquier momento y que mi información personal y privacidad será respetada y únicamente serán mencionados aquellos propios de la investigación de acuerdo a la Ley 1581 de 2012. Tengo claro que mi vida, salud, bienestar y condiciones generales y /o bucales actuales no están en riesgo o no se verán inducidas a modificaciones, más allá de las asociadas a mis hábitos habituales de dieta, consumo de medicamentos, topicación de geles y hábitos de cuidado general e higiene oral que tengo con mi salud durante la participación en el estudio, cumpliendo los parámetros establecidos en la resolución 8430 de 1993, por lo cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Adicionalmente, acepto que los datos obtenidos de mediciones, índices registrados, cuestionarios, exploración clínica, uso o consumo de algún alimento o producto para evaluar sus resultados, fotografías que fuesen tomadas y por tanto los resultados científicos e investigativos, conforme a los principios éticos de las normas anteriores de la Ley 35 de 1989 de la resolución 1995 de 1999 y de la Ley 2015 de 2020.

A continuación, firman los investigadores y se adjunta la firma de los voluntarios que aceptan participar en este estudio, con nombre claro, tipo y número de cédula.

Investigador I Comik Auzd.

Investigador III

Investigador II

Investigador IV

Voluntario Arquimedes Avila A.

CONSENTIMIENTO INFORMADO INSTITUCIONAL

Yo Ciro Augusto Lopez mayor de edad 56 (años), identificado con (tipo de documento) CC (No) 9912678 de Fontibon actuando en nombre propio, manifiesto que he sido informado del examen y / o procedimiento odontológico que me va ser realizado el día de hoy 16/05/22 con fines académicos e investigativos, por estudiantes de la Facultad de odontología de la Universidad Antonio Nariño sede Villavicencio semestre IX. Dejo constancia que tengo conocimiento de los objetivos y fases del estudio denominado Eficacia del K-CIT\* como cicatrizante post-exodoncia en pacientes adultos atendidos en la clínica odontológica de la Universidad Antonio Nariño sede Villavicencio durante el periodo 2022-1 2022-2, así como beneficios de aceleración en el proceso de cicatrización con riesgos como procesos alérgicos. De participar en el proyecto, como de las molestias asociadas a los procedimientos que se van a realizar. Así mismo, manifiesto haber obtenido respuesta a todos mis interrogantes y dudas al respecto. Estoy informado de que mi participación en el proyecto es libre y voluntaria, pudiendo desistir de ella en cualquier momento y que mi información personal y privacidad será respetada y únicamente serán mencionados aquellos propios de la investigación de acuerdo a la Ley 1581 de 2012. Tengo claro que mi vida, salud, bienestar y condiciones generales y /o bucales actuales no están en riesgo o no se verán inducidas a modificaciones, más allá de las asociadas a mis hábitos habituales de dieta, consumo de medicamentos, topicación de geles y hábitos de cuidado general e higiene oral que tengo con mi salud durante la participación en el estudio, cumpliendo los parámetros establecidos en la resolución 8430 de 1993, por lo cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Adicionalmente, acepto que los datos obtenidos de mediciones, índices registrados, cuestionarios, exploración clínica, uso o consumo de algún alimento o producto para evaluar sus resultados, fotografías que fuesen tomadas y por tanto los resultados científicos e investigativos, conforme a los principios éticos de las normas anteriores de la Ley 35 de 1989 de la resolución 1995 de 1999 y de la Ley 2015 de 2020.

A continuación, firman los investigadores y se adjunta la firma de los voluntarios que aceptan participar en este estudio, con nombre claro, tipo y número de cédula.

Investigador I Carola Avard

Investigador III 

Investigador II 

Investigador IV 

Voluntario Ciro Lopez

### CONSENTIMIENTO INFORMADO INSTITUCIONAL

Yo WISA Angelica Rodriguez Sambrin mayor de edad 27 (años), identificado con (tipo de documento) C.C (No) 1.121.920.518 de Villavicencio actuando en nombre propio, manifiesto que he sido informado del examen y / o procedimiento odontológico que me va ser realizado el día de hoy 23/09/2022 con fines académicos e investigativos, por estudiantes de la Facultad de odontología de la Universidad Antonio Nariño sede Villavicencio semestre \_\_\_\_ . Dejo constancia que tengo conocimiento de los objetivos y fases del estudio denominado Eficacia del K-CIT\* como cicatrizante post-exodoncia en pacientes adultos atendidos en la clínica odontológica de la Universidad Antonio Nariño sede Villavicencio durante el periodo 2022-1 2022-2, así como beneficios de aceleración en el proceso de cicatrización con riesgos como procesos alérgicos. De participar en el proyecto, como de las molestias asociadas a los procedimientos que se van a realizar. Así mismo, manifiesto haber obtenido respuesta a todos mis interrogantes y dudas al respecto. Estoy informado de que mi participación en el proyecto es libre y voluntaria, pudiendo desistir de ella en cualquier momento y que mi información personal y privacidad será respetada y únicamente serán mencionados aquellos propios de la investigación de acuerdo a la Ley 1581 de 2012. Tengo claro que mi vida, salud, bienestar y condiciones generales y /o bucales actuales no están en riesgo o no se verán inducidas a modificaciones, más allá de las asociadas a mis hábitos habituales de dieta, consumo de medicamentos, topicación de geles y hábitos de cuidado general e higiene oral que tengo con mi salud durante la participación en el estudio, cumpliendo los parámetros establecidos en la resolución 8430 de 1993, por lo cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Adicionalmente, acepto que los datos obtenidos de mediciones, índices registrados, cuestionarios, exploración clínica, uso o consumo de algún alimento o producto para evaluar sus resultados, fotografías que fuesen tomadas y por tanto los resultados científicos e investigativos, conforme a los principios éticos de las normas anteriores de la Ley 35 de 1989 de la resolución 1995 de 1999 y de la Ley 2015 de 2020.

A continuación, firman los investigadores y se adjunta la firma de los voluntarios que aceptan participar en este estudio, con nombre claro, tipo y número de cédula.

Investigador I Comilo Auzed.

Investigador III



Investigador II 

Investigador IV



Voluntario WISA RODRIGUEZ  
1.121.920.518

CONSENTIMIENTO INFORMADO  
INSTITUCIONAL

Yo, Mario Javier Naspucci mayor de edad 20 (años), identificado con Cédula, C. (tipo de documento) CC (No) de 1193089906 de Tiquines, actuando en nombre propio, manifiesto que he sido informado del examen y/o procedimiento odontológico que me va ser realizado el día de hoy, con Alfines académicos e investigativos, por estudiantes de la Facultad de odontología de la Universidad Antonio Nariño sede Villavicencio semestre 9. Dejo constancia que tengo conocimiento de los objetivos y fases del estudio denominado Eficacia del K-CIT\* como cicatrizante post-exodoncia en pacientes adultos atendidos en la clínica odontológica de la Universidad Antonio Nariño sede Villavicencio durante el periodo 2022-1 2022-2, así como los siguientes beneficios Aceleración en el Proceso de cicatrización y riesgos Procesos Alérgicos de participar en el proyecto, como de las molestias asociadas a los procedimientos que se van a realizar. Así mismo, manifiesto haber obtenido respuesta a todos mis interrogantes y dudas al respecto. Estoy informado de que mi participación en el proyecto es libre y voluntaria, pudiendo desistir de ella en cualquier momento y que mi información personal y privacidad será respetada y únicamente serán mencionados aquellos propios de la investigación de acuerdo a la Ley 1581 de 2012. Tengo claro que mi vida, salud, bienestar y condiciones generales y/o bucales actuales no están en riesgo o no se verán inducidas a modificaciones, más allá de las asociadas a mis hábitos habituales de dieta, consumo de medicamentos, topicación de geles y hábitos de cuidado general e higiene oral que tengo con mi salud durante la participación en el estudio, cumpliendo los parámetros establecidos en la resolución 8430 de 1993, por lo cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Adicionalmente, acepto que los datos obtenidos de mediciones, índices registrados, cuestionarios, exploración clínica, uso o consumo de algún alimento o producto para evaluar sus resultados, fotografías que fuesen tomadas y por tanto los resultados científicos e investigativos, conforme a los principios éticos de las normas anteriores de la Ley 35 de 1989 de la resolución 1995 de 1999 y de la Ley 2015 de 2020.

A continuación, firman los investigadores y se adjunta la firma de los voluntarios que aceptan participar en este estudio, con nombre claro, tipo y número de cédula.

Investigador I \_\_\_\_\_

Investigador II \_\_\_\_\_

Investigador III \_\_\_\_\_

Investigador IV \_\_\_\_\_

Asesor de la Investigación \_\_\_\_\_

Voluntario  \_\_\_\_\_

CONSENTIMIENTO INFORMADO INSTITUCIONAL

Yo, Joana Rodriguez mayor de edad 35 (años), identificado con CC (tipo de documento) 1015395542 (No) de Bojota actuando en nombre propio, manifiesto que he sido informado del examen y / o procedimiento odontológico que me va ser realizado el día de hoy 15/03/22 con fines académicos e investigativos, por estudiantes de la Facultad de odontología de la Universidad Antonio Nariño sede Villavicencio semestre IX. Dejo constancia que tengo conocimiento de los objetivos y fases del estudio denominado Eficacia del K-CIT® como cicatrizante post-exodoncia en pacientes adultos atendidos en la clínica odontológica de la Universidad Antonio Nariño sede Villavicencio durante el periodo 2022-1 2022-2, así como los siguientes beneficios Aceleración del Proceso de cicatrización riesgos Procesos Alérgicos de participar en el proyecto, como de las molestias asociadas a los procedimientos que se van a realizar. Así mismo, manifiesto haber obtenido respuesta a todos mis interrogantes y dudas al respecto. Estoy informado de que mi participación en el proyecto es libre y voluntaria, pudiendo desistir de ella en cualquier momento y que mi información personal y privacidad será respetada y únicamente serán mencionados aquellos propios de la investigación de acuerdo a la Ley 1581 de 2012. Tengo claro que mi vida, salud, bienestar y condiciones generales y /o bucales actuales no están en riesgo o no se verán inducidas a modificaciones, más allá de las asociadas a mis hábitos habituales de dieta, consumo de medicamentos, topicación de geles y hábitos de cuidado general e higiene oral que tengo con mi salud durante la participación en el estudio, cumpliendo los parámetros establecidos en la resolución 8430 de 1993, por lo cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Adicionalmente, acepto que los datos obtenidos de mediciones, índices registrados, cuestionarios, exploración clínica, uso o consumo de algún alimento o producto para evaluar sus resultados, fotografías que fuesen tomadas y por tanto los resultados científicos e investigativos, conforme a los principios éticos de las normas anteriores de la Ley 35 de 1989 de la resolución 1995 de 1999 y de la Ley 2015 de 2020.

A continuación, firman los investigadores y se adjunta la firma de los voluntarios que aceptan participar en este estudio, con nombre claro, tipo y número de cédula.

Investigador I Camila Avad

Investigador II \_\_\_\_\_

Investigador III \_\_\_\_\_

Investigador IV \_\_\_\_\_

Asesor de la investigación \_\_\_\_\_

Voluntario Joana Rodriguez C.C. 1015395542

Testigo \_\_\_\_\_



