

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ORTODONCIA.

NOMBRE PACIENTE:

FECHA:

Por este medio afirmo:

☐.- Que se me ha explicado clara y detalladamente mi Diagnóstico y Plan de Tratamiento, al igual que las alternativas terapéuticas, los riesgos y posibles efectos de dichos tratamientos, así como las consecuencias de no tratarlo oportunamente,

☐.- Haber comprendido la importancia de la participación y colaboración del paciente y el apoderado, en el **CONTROL DE PLACA BACTERIANA**, asistencia a los controles programados, cuidado de los aparatos, y controles posterior al término del tratamiento.

☐.- Que se me ha explicado que mis ausencias a los controles perjudica directamente a los tiempos programados, generandose retraso en los plazos establecidos. **ES DEBER DEL PACIENTE FRENTE A UNA INASISTENCIA, PROGRAMAR UNA NUEVA CITA.**

☐.- Entender y aceptar el costo de mi tratamiento, al igual que la forma de pago propuesta. **EL PLAN DE TRATAMIENTO ORTODONCIA TIENE UN COSTO TOTAL, INDEPENDIENTE DE LAS VISITAS PROGRAMADAS.** De existir moras en los pagos programados, Clínica del Sur esta autorizada para no programar citas hasta estar regularizada la deuda.

☐.- Existen exámenes médicos con la Resonancia Nuclear Magnética (RNM) que no puede realizarse con aparatos metálicos en la boca. Ante esa eventualidad los aparatos deben ser retirados y se debe asumir el costo de instalarlos nuevamente.

☐.- Por este medio autorizo al ortodoncista, Dr. Juan Pablo Urrutia Toledo que efectúe el tratamiento pertinente que de acuerdo al estudio realizado, sea aconsejado para el bienestar mio y/o mi hijo(a), por el tiempo que él estime conveniente.

NOTAS ANEXAS:

ACEPTO CONFORME E INFORMADO

Firma del Paciente

Firma del Apoderado

Nombres

Apellido Paterno

Apellido Materno

Puerto Varas, _____, de _____, 20____