

CONSENTIMIENTO INFORMADO FINAL TRATAMIENTO ORTODONCIA

Por el presente consiento que se retire de mi boca toda la aparatología ortodóncica que respondía al diagnóstico y procedimientos terapéuticos aconsejados por padecer la siguiente patología:

.....

Los mismos me han sido suficientemente explicados por la /el Dra./Dr..... así como también, se me ha puntualizado que la ortodoncia se remueve con carácter definitivo atento haber finalizado satisfactoriamente con el tratamiento, aceptándolo como lo mas adecuado y manifestando por el presente que me encuentro satisfecho con las explicaciones brindadas y el resultado obtenido con el tratamiento y procedimiento terapéutico efectuado. Me comprometo a utilizar la contención ya que la misma tiene como objetivo estabilizar y mantener los dientes en la posición obtenida luego del tratamiento ortodóncica; todo lo que he comprendido por lo que presto total consentimiento.

He sido notificado que los siguientes objetivos del tratamiento no se han podido lograr:

-
-
-

Debido a las siguientes razones:

-
-
-

(Lugar y fecha) de de 20.....-

(Firma del titular Obra Social)

(Apellido y Nombre):

(Afiliado n°)

La Obra Social reconoce por única vez el tratamiento de ORTODONCIA Y ORTOPEDIA

Por la presente certifico que he explicado la naturaleza, propósito y beneficios obtenidos con el tratamiento propuesto, ejecutado y desarrollado satisfactoriamente. Me he ofrecido a contestar cualquier duda y he contestado completamente todas las preguntas hechas. Creo que el paciente/padre/tutor/ encargado han comprendido completamente lo que he explicado y contestado.

Firma, Sello y Matricula del Odontólogo