

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INICIO DEL TRATAMIENTO DE ORTODONCIA

1.-Yo....., D.N.I. Nº....., manifiesto que por la presente vengo a autorizar al profesional.....a realizar el tratamiento odontológico de Ortodoncia indicado a él o la afiliado/a DNI Nº; ello de acuerdo a la información que me brinda el profesional mencionado, según lo establecido en las normas del nomenclador del ISS-SEMPRE, que se detallan en forma clara y entendible a continuación.

-Si cambia de profesional tratante en el curso del tratamiento, SEMPRES reconocerá la parte faltante del tratamiento. -

-Ante el abandono o suspensión injustificada (3 meses o más) del tratamiento, el afiliado titular **deberá reintegrar a SEMPRES** las sumas que se hubiesen abonado por la parte realizada del tratamiento. -

-Las roturas o pérdidas de la aparatología ortopédica u ortodóncica no están comprendidas en los valores de los diferentes tratamientos y no se reconocen reposiciones o reparaciones. -

-El valor de la cuota de mantenimiento mensual queda a cargo del afiliado, este valor no podrá superar al de la consulta de estudio, (código 06.01.01) del nomenclador odontológico de SEMPRES. -

-En el caso que el profesional que inicie el tratamiento de ortodoncia decida no continuar con la asistencia del mismo, debe designar un reemplazante y comunicarlo a SEMPRES con treinta (30) días de anticipación. -

2.-Manifiesto que acepto realizar el tratamiento programado a iniciar aproximadamente en el mes de..... de 20...., llevándose a cabo mediante la modalidad establecida por Nomenclador del ISS-SEMPRES y detallas en el ítem 1, las cuales recibo, entiendo y aprehendo voluntariamente.

3.-DOCTOR/A:

El presente es para dejar constancia que he explicado clara y sencillamente la naturaleza, causas y objeto de la modalidad de trabajo arriba mencionada, ello es, respecto de la realización del tratamiento de **ORTODONCIA** solicitado por el o la paciente..... -

Santa Rosade.....de 2021.

.....

Firma y sello del profesional

4-AFIILIADO/A TITULAR:

Declaro he leído detenidamente este consentimiento en presencia del mencionado profesional y que lo he comprendido totalmente, prestando la debida conformidad, por lo cual autorizo al o la doctor/a..... a realizar el tratamiento de **ORTODONCIA**

Santa Rosa.....de.....de 202...-

Nombre y Apellido:

Tipo y Nº de Documento:

Domicilio

Localidad

Teléfono:

.....

Firma del afiliado titular