



ESQUEMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, CONTRATO DE RESPONSABILIDAD PARA PLAN DE TRATAMIENTO CLEAR ALIGNER

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y COMPROMISO DE RESPONSABILIDAD

PACIENTES TRATAMIENTO ORTODONCIA SIN BRACKETS

CLEAR ALIGNER

YO, _____, actuando en nombre propio, en pleno uso de mis facultades, libre y conscientemente, por medio de la presente declaro:

Que otorgo mi consentimiento para que me sea realizado el procedimiento de **ORTODONCIA SIN BRACKETS CLEAR ALIGNER**, el cual mejorará mi salud oral, el propósito del tratamiento Clear Aligner es la alineación de mis dientes y mejorar mi oclusión utilizando 3 alineadores transparentes Soft, Médium, y Hard en periodos sucesivos de un mes hasta terminar el tratamiento.

Que el especialista en Ortodoncia y tratante, Dr. _____ certificado en la Técnica Clear Aligner con previo estudio de diagnóstico y evaluación clínica de mis condiciones patológicas me ha explicado que:

- Debo asistir puntualmente a los controles mensuales que cite mi Ortodoncista, para el éxito de mi tratamiento.
- Cada vez que asista a control con mi ortodoncista, se me cambiará el alineador correspondiente y seguiré el tratamiento tal y como me lo han señalado, con el fin de buscar la alineación correcta de mis dientes.

Usaré el primer alineador Soft la primera semana, médium la segunda semana y Hard la tercera semana, éste último permanecerá en boca mientras en la cuarta semana visitaré al ortodoncista para toma de una nueva impresión.

- Después de instalado el alineador en mi boca puedo tener cierto grado de dolor en los dientes a posicionar, seré consiente que esto es normal por la presión que ejerce el alineador en los dientes.

- Debo utilizar mis alineadores 17 horas al día y solo me los retiraré para comer o realizar la limpieza de los mismos.
- Debo lavar mis Alineadores invisibles en agua fría para no deformar el aparato preferiblemente utilizar jabones neutros.
- Debo mantener mis tres Alineadores en su empaque para evitar pérdida o fractura de los mismos.
- Debo retirar mis alineadores de la parte posterior molar con la uña artificial color rojo que se encuentra en el estuche de empaque entregado por mi ortodoncista en la cita de control, para no romper el alineador con las uñas de las manos.
- Debo cuidar mi higiene y la de mis alineadores para evitar inflamaciones gingivales que retrasen el tratamiento.
- En caso de que se me presente dificultades en la pronunciación el primer día de inicio del tratamiento Clear Aligner, debo hacer ejercicios de modulación leyendo en voz alta.
- Debo hacer ejercicios de masticación suave con el aparato en boca, especialmente en los tratamientos de intrusión.

Que por lo anteriormente expresado, libero de toda responsabilidad al Especialista de Ortodoncia tratante y al personal auxiliar y directivo de _____ por riesgos, reacciones o resultados desfavorables, inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión.

La presente se firma en _____ a los _____ del mes de _____ año _____

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ORTODONCISTA

C.C.No.



CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIO PARA UN TRATAMIENTO DE ORTODONCIA SIN BRACKETS CLEAR ALIGNER.

Contrato de prestación de servicios dentales profesionales que celebran por una parte el Especialista en Ortodoncia certificado el Clear Aligner Dr. _____ Matriculado en _____ y por la otra el Sr. (a) _____ respecto al tratamiento de ORTODONCIA SIN BRACKETS CON LA TÉCNICA CLEAR ALIGNER.

ANTECEDENTES

_____ que en lo sucesivo se denominará “El paciente” acudió a consulta dental con el Dr. _____ que en lo sucesivo se denominará “El doctor”, para que se realizara un examen ortodóntico. Una vez practicados los estudios correspondientes se llegó al siguiente

DIAGNÓSTICO DEL TRATAMIENTO CLEAR ALIGNER:

Según diagnóstico realizado se estipula lo siguiente:

TRATAMIENTO CLEAR ALIGNER:

A. Duración del Tratamiento: _____

B. Total Alineadores Removibles: _____

C. Extracciones: _____

D. Procedimiento:

Intrusión___ Extrusión___ Lingualización ___ Vestibularización ___ Rotación___
Palatinización ___ Stripping___ Mesializaciones___ Distalizaciones___

E. Objetivos.-

F.Observaciones:

COSTO Y FORMA DE PAGO:

El tratamiento de Ortodoncia tiene un costo neto de \$ _____
El cual será dividido en un pago inicial de y el resto en pagos **fijos** mensuales de Dicho costo incluye todas las consultas y los aparatos (Alineadores invisibles) necesarios durante el tratamiento de Ortodoncia, **NO** se incluye ningún otro servicio ajeno a él, como por ejemplo: limpiezas, blanqueamiento, resinas, extracciones, composites, entre otras.

Y tampoco se incluye en los retenedores finales del tratamiento de Ortodoncia.

PARA LLEVAR A CABO LO ANTES MENCIONADO SE ESTABLECEN LAS SIGUIENTES:

CLAUSULAS:

Primera.- El paciente se compromete a cumplir sus responsabilidades en cuanto al cuidado de los Alineadores invisibles según Carta de consentimiento firmada entre las partes, cooperación, higiene bucal absoluta, asistencia puntual a citas, uso apropiado alineadores, así como a tener cuidado de no comer, ingerir bebidas con los Alineadores Clear Aligner puestos en boca, durante todo el tratamiento, ni retirarlos con las uñas, a no lavar los alineadores en agua caliente, ni utilizar enjuagues bucales.

Segunda.- No deberá **el paciente** romper los Alineadores, ni deberá tener hábitos perjudiciales que dañen sus dientes como morder lápices, chuparse el dedo, morderse el labio o morderse la lengua. Comerse las uñas

Tercera.- El paciente acepta que el desarrollo del tratamiento de Ortodoncia sin Brackets Clear Aligner y su resultado estará influenciado por la respuesta biológica de los tejidos, y que a su vez incide en factores de estabilidad como son: tiempo de uso de los Alineadores invisibles adaptados mensualmente por su doctor, y tiempo de retenedores finales, presencia de terceros molares, hábitos perniciosos, memoria de los dientes, reacción de los tejidos, descuido de la salud bucal y estado general, caries, encías, crecimiento, función y cambios propios de la edad.

Cuarta.- El Doctor se compromete a realizar el tratamiento descrito, observando siempre las más altas normas de calidad y eficiencia profesional que establece el código de Ética que rige **el Ministerio de Salud de Peru., así como también, se compromete mantener la certificación del Título de Ortodoncista** certificado en la Técnica Clear Aligner ante esta Entidad lo que garantiza su preparación y actualización permanente.

Quinta.- El Doctor se compromete a mantener los pagos mensuales **fijos** garantizando que no hará ningún incremento del costo durante el tratamiento y se entiende que el paciente puede ser requerido a consulta una o varias veces al mes, pero el pago es único por cada mes sin importar la cantidad de visitas que se hayan realizado durante el mismo. Así como también **El Doctor** se compromete, en caso de que el tratamiento necesitara más tiempo de lo establecido, a **NO** cobrar ninguna mensualidad adicional.

Sexta.- El paciente acepta el costo del tratamiento y la forma de realizarlo, y se compromete a mantenerse al corriente en sus pagos. También entiende que el costo no incluye los retenedores finales del tratamiento de Ortodoncia, pérdida o ruptura de los Alineadores Clear Aligner adaptados en su boca mensualmente, ni tampoco otros procedimientos odontológicos ajenos a la Ortodoncia. También acepta que, si el tratamiento se finalizara en menos tiempo de lo establecido, tendrá que liquidar las mensualidades que faltasen para completar el costo neto del mismo.

Séptima.- El Doctor se compromete a colocar todos los Alineadores invisibles Clear Aligner necesarios para lograr los objetivos mencionados, así como también atender debidamente al paciente durante sus citas programadas y/o extraordinarias que pudieran presentarse.

Octava.- Si el paciente suspendiera temporalmente el tratamiento faltando a sus citas por causas de diversa índole, incluyendo la interrupción por falta de cumplimiento en los pagos pactados (**retraso en más de 2**), se hará responsable él mismo de las consecuencias que puedan presentarse.

Novena.- Si se diera el caso mencionado en la cláusula anterior y el paciente decidiera reiniciarlo o retomarlo, deberá cubrir lo convenido al momento de hacerlo y se establecerán de común acuerdo nuevos honorarios para terminarlo.

Décima.- Las cantidades no cubiertas oportunamente de acuerdo a lo pactado, generarán a partir del tercer mes vencido un interés del 10% mensual.

Undécima.- El paciente esta consiente y conoce perfectamente los riesgos, limitaciones y posibles consecuencias que implica un tratamiento de Ortodoncia sin Brackets Clear Aligner y da su consentimiento informado para realizarlo.

La presente se firma en _____ a los _____ del año _____.

FIRMAN,

PACIENTE
C.C. No.

Dr. ESPECIALISTA EN ORTODONCIA
CERTIFICADO EN LA TECNICA CLEAR ALIGNER
C.C.No.