



Luz María Mejía Múnera

Odontóloga C.E.S - Ortodoncista U. de A.



CONTRATO DE ORTODONCIA

Fecha	Día	Mes	Año
-------	-----	-----	-----

HISTORIA CLÍNICA No.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Por medio del presente acuerdo, las partes firmantes, identificadas como el paciente _____, o persona responsable _____ C.C. _____, y la ortodoncista Luz María Mejía Múnera con c.c. 43.590.827, se comprometen a:

La Ortodoncista:

- Realizar el tratamiento convenido por ambas partes, prestando sus servicios con la mejor calidad y hasta donde lo permitan las limitaciones que presente el paciente en su caso particular y de acuerdo a su grado de colaboración.
- Reparar los daños de la aparatología, una vez cancelado su correspondiente costo.
- Velar por la salud integral del paciente en cada revisión, y recomendar los tratamientos anexos necesarios en el momento preciso.

El paciente y/o su representante:

- Cumplir debidamente las indicaciones que reciba de parte de la ortodoncista y, en general, a ser cuidadoso y responsable durante el desarrollo del tratamiento.
- Tener una excelente higiene oral.
- Cumplir con las remisiones e interconsultas ordenadas.
- Colaborar con el uso de aparatos extra o intraorales, elásticos intermaxilares, entre otros, necesarios para el correcto desempeño del tratamiento.
- Asistir cumplidamente a las citas de revisión y control.
- Mantenerse al día en los pagos y abonos.
- Cancelar con la debida anticipación (mínimo un día) las citas a las que no pueda asistir, de lo contrario, asumirá el costo por cita no cumplida, cuyo valor será de \$_____.
- Asumir los costos de todo daño provocado en la aparatología. El valor por bracket, banda o tubo dañado será de \$_____ (cada uno).
- Asumir los retrasos que por la anterior se produzcan en la evolución del tratamiento.
- Autorizar el uso de expedientes clínicos, incluyendo fotografías tomadas durante el tratamiento, radiografías y modelos de estudio, con fines de consulta profesional, investigación, educación, o publicación en revistas profesionales.

El costo total del tratamiento será de \$_____, el cual será cancelado de la siguiente forma: _____. En caso de ser financiado, los pagos se efectuarán así: una cuota inicial de \$_____, la cual debe cancelarse en el momento de firmar el presente acuerdo, y _____ cuotas mensuales de \$_____ cuyo pago se hace independientemente del número de veces que el paciente sea revisado durante ese mes. El retraso en las cuotas mensuales será causa de suspensión temporal del tratamiento hasta tanto no se actualicen los pagos.

Este presupuesto cubre hasta _____ meses de tratamiento. Si al cabo de este período de tiempo se requiere continuarlo, se realizará un reajuste en el presupuesto y el paciente seguirá cancelando sus cuotas mensuales con tarifa actualizada hasta finalizar el tratamiento, siempre y cuando el retraso sea ocasionado por falta de compromiso del paciente y/o daños constantes a la aparatología. Si, por el contrario, el tratamiento se lleva en menor tiempo de lo presupuestado, el paciente deberá cancelar el saldo total antes del retiro de la aparatología ortodóncica.

El costo del tratamiento de ortodoncia **incluye:**

- Revisiones periódicas y de control (incluyendo tres citas de retención).
- Montaje inicial de la aparatología ortodóncica.
- Aparatología de anclaje requerida durante el período activo de tratamiento.
- Modelos de estudio (control).

El costo del tratamiento **no incluye:**

- Modelos de estudio (diagnóstico), radiografías de diagnóstico y de control.
- Pérdida o daño de brackets, tubos o bandas.
- Retenedores ni aparatología adicional (el costo será el estipulado a la fecha de colocación).
- Exodoncias (si son necesarias), mini-implantes o cualquier tratamiento de odontología general o especializada adicional, lo cual será realizado por el odontólogo o especialista de su elección.

La decisión del paciente de suspender el tratamiento exonera al ortodoncista de su obligación adquirida con el mismo, y no representa la posibilidad de reembolso de lo cancelado hasta el momento en que tal decisión se comunique. El ortodoncista puede suspender el tratamiento en el momento que considere que el paciente no está colaborando con él (falta de cuidado de los aparatos, higiene oral deficiente, falta de 4 citas consecutivas sin previa cancelación, colaboración insuficiente con el uso de elásticos intermaxilares e incumplimiento en los pagos); en tal caso, el pago del tratamiento se efectúa hasta la fecha de suspensión. Si por algún motivo especial el paciente decide retirarse la aparatología ortodóncica (viajes, matrimonio, fiesta de cumpleaños, entre otros), éste deberá asumir nuevamente el valor de la cuota inicial para reposicionar la aparatología; de igual manera, si es necesaria la colocación de retenedores durante el período de suspensión del tratamiento, deberá asumir el costo de los aparatos de retención.

El paciente afirma que ha leído y entendido el presente documento, y que ha sido claramente informado de las condiciones del presente contrato. Para certificar la aceptación del mismo, ambas partes firman.

Paciente o persona responsable.
C.C.

Luz María Mejía Múnera C.C. 43.590.827 Reg. 5-309-98A