CLíNICA DE REHABILITACIÓN Y PROSTODONCIA II – INTEGRADA III
Prof. Interino Grado 5 Dr. ROBERTO SOLER
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA- UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

CONDICIONES DE TRATAMIENTO

Sr. Paciente:
Ud. va a ser atendido por un estudiante de cuarto año de la Facultad de Odontología, supervisado por un Profesor-Odontólogo-Jefe de grupo.
Paciente y estudiante poseen DERECHOS y DEBERES.

PACIENTE

DERECHOS:

*Recibir un trato respetuoso por parte del estudiante y del profesor.

*Estar informado sobre el tratamiento y su costo.

DEBERES:

*Concurrir a Facultad cada vez que es citado.

*Ser puntual.

*Comunicar al estudiante con anticipación si no puede concurrir.

*Pagar el tratamiento en el tiempo y forma convenidos.

ESTUDIANTE

DERECHOS:

*Recibir un trato respetuoso por parte del paciente.

*Estar informado sobre posibles enfermedades infecto contagiosas del paciente.

DEBERES:

*Concurrir a Facultad cada vez que cita al paciente.

*Ser puntual.

*Comunicar al paciente y al profesor con anticipación si no puede concurrir.

*Llevar el control de los pagos realizados por el paciente.

Las ausencias reiteradas del paciente, sin aviso justificado pueden determinar la suspensión del tratamiento.

Finalizado el tratamiento, éste deberá estar totalmente pago. De lo contrario la Facultad de Odontología, se reserva el derecho de retener los aparatos protéticos, que les serán entregados al paciente una vez efectuado el pago correspondiente.

Estudiante _____Número _____

Docente _____

Paciente _____ Nº registro _____

I- PRESUPUESTO

A-Pagar en Recaudación de Facultad según aranceles vigentes:

	costo estimado	costo final
A.1.: Prótesis superior	$	$
A.2.: Prótesis inferior	$	$
A.3.: Restauraciones dentarias	$	$
Sub-Total A	$	$

B- Gastos

B.1.: Esqueleto superior	$	$
B.2.: Esqueleto inferior	$	$
B.3.: Dientes artificiales	$	$
B.4.: Laboratorio prótesis superior	$	$
B.5.: Laboratorio prótesis inferior	$	$
B.6.: Laboratorio restauraciones	$	$
Sub-Total B	$	$
PRESUPUESTO TOTAL	**$**	**$**

ACEPTACIÓN DEL PRESUPUESTO FECHA _____

FIRMA DEL PACIENTE

II-PLANILLA DE ENTREGAS PARA: B- GASTOS

FECHA	ENTREGA $	FIRMA DEL PACIENTE	FIRMA DEL ESTUDIANTE