

INFORME SOBRE TRATAMIENTO SIN FINALIZAR DE PACIENTE AFECTADO/A POR CIERRE DE CLÍNICA DENTAL

ANTECEDENTES

Según refiere la persona abajo indicada, a raíz del “cierre” y sin previo aviso de la clínica referenciada en el presupuesto adjunto, necesita un examen buco-dental como paciente afectado/a por dicho cierre, para delimitar qué parte del presupuesto financiado o cobrado por dicha clínica está ejecutado y permitir cuantificar el posible perjuicio económico ocasionado, para poder proceder a su reclamación con dicho respaldo documental. Por todo lo anterior, la persona solicita el referido examen buco-dental y una vez practicado, procedemos a emitir el siguiente:

INFORME CLÍNICO SOBRE TRATAMIENTO

D/D^a. _____, con domicilio a efecto de notificaciones en la clínica dental ubicada en _____, y nº de colegiado/a _____ en el Ilustre Colegio Oficial de Dentistas de _____, en relación al examen buco-dental solicitado por el/la paciente D./D^a _____, con D.N.I. nº _____, sobre los tratamientos buco-dentales recibidos en la Clínica Dental DENTOESTETIC CENTRO DE SALUD Y ESTETICA DENTAL SL. (DENTIX), sita en _____ y referenciada en el presupuesto adjunto, emito el presente informe clínico (no pericial).

FUENTES DEL INFORME

Fotocopia del presupuesto elaborado por la clínica y D.N.I. del/la paciente.

ANÁMNESIS Y EXPLORACIÓN

Tras el reconocimiento y exploración clínica del/la paciente realizada con fecha _____ y en comparación con el presupuesto elaborado por los facultativos de la clínica cerrada, se aprecian las siguientes discrepancias entre el trabajo presupuestado y el finalmente ejecutado:

TRATAMIENTOS PRESUPUESTADOS Y NO EJECUTADOS:

En _____, a _____ de _____ de 20__

Firmado: D/D^a. _____

Nº COLEGIADO/A: _____

DNI: _____