

## **INFORME SOBRE TRATAMIENTO DEL PACIENTE D./D<sup>a</sup> .....**

**D/D<sup>a</sup>.** ....., Colegiado/a nº ..... del Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Valencia, con domicilio a efectos de notificaciones en la localidad de ....., C/ ....., procede a realizar informe en relación al examen buco-dental solicitado por el/la paciente **D./<sup>a</sup>** ..... **con D.N.I. N<sup>o</sup>** ....., sobre los tratamientos buco-dentales presupuestados en la **CLÍNICA IDENTAL**, en base al presupuesto emitido por la citada clínica.

### **EXPLORACIÓN**

Tras el reconocimiento y exploración clínica del/la paciente realizada con fecha ..... y en comparación con el presupuesto elaborado por la **CLÍNICA IDENTAL**, se aprecian las siguientes discrepancias entre el trabajo presupuestado y el finalmente ejecutado:

#### **TRATAMIENTOS PRESUPUESTADOS Y NO EJECUTADOS:**

- **RELACIONAR LOS CONCEPTOS QUE APAREZCAN EN EL PRESUPUESTO Y QUE EL PACIENTE NO TENGA REALIZADOS EN EL MOMENTO DE LA EXPLORACIÓN.**

#### **TRATAMIENTOS EJECUTADOS INCORRECTAMENTE:**

- **RELACIONAR LOS CONCEPTOS QUE APAREZCAN EN EL PRESUPUESTO Y QUE NO SE HAYAN REALIZADO CORRECTAMENTE O SOBRE LOS QUE SE NECESITA UNA INTERVENCIÓN, INDICANDO EL MOTIVO.**

### **PRESUPUESTO**

El coste para llevar a cabo los tratamientos presupuestados y no ejecutados, así como las actuaciones necesarias para corregir los tratamientos presupuestados y realizados incorrectamente, asciende a ..... EUROS (.....,00 €), según el desglose que se adjunta.

El paciente manifiesta que el estado actual del tratamiento buco-dental interrumpido le genera molestias y/o dolor, que podría empeorar su actual situación, NO pudiendo esperar el resultado de sus reclamaciones, por lo que es necesario realizar una intervención que impida el deterioro y salud buco-dental del paciente, para continuar y finalizar el tratamiento iniciado.

En ....., a ..... de ..... de 2018

Firmado: D/D<sup>a</sup> .....  
Col. nº ..... ICOEV