



DOCUMENTO DE COMPROMISO

Por una parte _____ como responsable de la clínica _____, sita en la calle _____ de _____ con número de registro sanitario _____

Y el paciente _____ con DNI _____

ACUERDAN

La realización del siguiente tratamiento:

La clínica _____ garantiza al paciente la viabilidad del tratamiento y el uso de materiales de máxima calidad. Así mismo le informa que el doctor responsable de su tratamiento es _____ con número de colegiado _____.

El paciente garantiza que la información facilitada en relación a su estado de salud general es veraz y se compromete a informar a la clínica de cualquier alteración en su estado de salud si dicha información es relevante para su historial clínico.

El paciente se compromete a seguir las indicaciones del facultativo en cuanto al mantenimiento del tratamiento y de su salud bucodental y a acudir a realizar sus correspondientes revisiones periódicas cada 6 meses para su control.

La clínica se compromete a informar al paciente de cualquier modificación en el plan de tratamiento establecido. No se llevará a cabo ninguna modificación sin el previo consentimiento por parte del paciente. En el caso de que la modificación suponga un coste menor del tratamiento abonado por el paciente, la clínica se compromete a devolverle el importe correspondiente a dicha modificación. De igual forma, en el caso de que la modificación del tratamiento suponga un coste mayor para el paciente este deberá abonar la diferencia, estableciendo con la clínica un acuerdo para el abono. Nunca se realizará ningún tratamiento que no esté pautado en el presupuesto inicial sin la autorización por parte del paciente.

FORMA DE PAGO (PRONTO PAGO)

Ambas partes acuerdan el abono del tratamiento que asciende a _____ € mediante pago por transferencia bancaria en la cuenta del banco _____ cuyo número es

_____ de la que es titular la clínica _____

Con este pago queda completamente abonado el tratamiento dental descrito en este documento.

En el caso de que por cualquier motivo, el paciente no llegará a realizar la totalidad del tratamiento, la clínica se compromete a devolver al paciente el importe correspondiente al tratamiento no realizado mediante transferencia bancaria en el número de cuenta que nos facilite el paciente y del cual sea titular, en un plazo no superior a 15 días laborables desde la solicitud del mismo.

En el caso de que el paciente tenga algún trabajo en laboratorio, se descontará de la devolución el coste de dicho trabajo, ya que la clínica debe abonar al laboratorio dental los trabajos realizados.

Este documento se archivará en su ficha. Se le hace entrega en este acto de una copia.

En _____ Fecha _____

Firma Clínica

Firma paciente

Nombre y cargo

Nombre y apellidos

FORMA DE PAGO (FINANCIACIÓN)

Ambas partes acuerdan el abono del tratamiento que asciende a _____ € mediante la firma de la Financiación con la entidad _____. Financia el tratamiento _____ con DNI _____

El tratamiento se financia a _____ meses, siendo la cuota mensual de _____. La comisión de apertura es de _____% y la comisión de cancelación de _____%

En el caso de amortizaciones parciales el coste es de _____%

La financiación es con/sin intereses.

La primera cuota se le pasará con fecha _____ y la última _____

La clínica recibirá por parte de la financiera el importe íntegro del tratamiento dental y se obliga a entregar copia de la financiación al paciente.

En el caso de que por cualquier motivo, el paciente no llegara a realizar la totalidad del tratamiento, la clínica se compromete a cancelar de la financiación el importe correspondiente al tratamiento no realizado. Se le informará al paciente del nuevo importe financiado y de la cuota mensual a abonar, así como del plazo de la financiación. Si existen costes asociados a dicha cancelación y las causas de la cancelación corresponden exclusivamente al paciente se le informará de los posibles costes.

En el caso de que el paciente tenga algún trabajo en laboratorio, se descontará de la devolución el coste de dicho trabajo, ya que la clínica debe abonar al laboratorio dental los trabajos realizados.

Este documento se archivará en su ficha. Se le hace entrega en este acto de una copia.

En _____ Fecha _____

Firma Clínica

Firma paciente

Nombre y cargo

Nombre y apellidos

