



COORDINACION DE EVALUACION EN CLINICAS PERIFERICAS

REGLAMENTO PARA INGRESO Y ATENCION DE PACIENTES

I.- Los pacientes adultos para incluirlos en esta clínica, serán valorados por un profesor que le indicará los procedimientos a seguir:

- a).- La realización de la historia clínica
- b).- La odontoxesis (limpieza general)
- c).- La compra de guantes, cubre-boca, eyector y bolsas de esterilización (los pagará en cada una de sus citas).

Así como el costo de lo anterior para continuar con la atención que requiera, cubriendo los gastos que eso genere ya sea (amalgama, extracción, modelos de estudio, Rx, etc.)

II.- Los pacientes de odontopediatría (infantil), para incluirlos en esta clínica serán valorados por un profesor que le indicará los procedimientos a seguir:

- a).- La realización de la historia clínica
- b).- La profilaxis (limpieza general)
- c).- Rx, y/o aplicación de fluor (según el caso) sellado de fisuras.
- d).- La compra de guantes, cubre-bocas, eyector y bolsas de esterilización (los pagará en cada una de sus citas).

III.- En caso de no poder asistir a su cita, **cancelar** con 24 horas de anticipación, a la tercera (3) falta injustificada, se le dará de baja.

IV.- El paciente debe acudir con el carnet a todas sus citas, llegar anticipadamente a su cita y avisarle al alumno que lo esta atendiendo con una tolerancia de 10 minutos después de su cita, si no se tomará como falta.

V.- El paciente que requiera un tratamiento de laboratorio tendrá que cubrir el porcentaje de derecho de prótesis, el 50 % al mandar sus trabajos, el otro 50% en la prueba de metales, todos estos pagos deberán ser registrados en la hoja de presupuestos , y al final tendrá que cubrir el 30 % del costo total de la factura que se expida por el laboratorio cuando le entregue su aparato protésico, y el recibo que se le extenderá será de la clínica (original).

VI.- Trabajo que no sea revisado y firmado por el maestro y realizado en nuestra clínica, no será responsabilidad de la institución, en tal sentido, cualquier trabajo realizado fuera de nuestra clínica, no causará responsabilidad para la Facultad de Odontología , UNAM, aunque dicho trabajo, fuera realizado por uno de nuestros alumnos o profesores.

VII.- Todo cambio de operador (a) será autorizador exclusivamente por el Jefe de Enseñanza.

VIII.- Todos los pagos deberán efectuarse exclusivamente en caja por el paciente, conservar el recibo blanco y entregar el verde al alumno (traer cambio).

IX.- El resultado de los tratamientos conservadores (ejemplo, endodoncia, apicectomía, reimplante, etc), dependerá de la evolución particular de cada paciente y aceptará el procedimiento que se le indique posteriormente.

X.- Por ningún motivo será devuelta la cantidad de dinero que haya sido aportada por el paciente.

XI.- Todo aparato protésico en adulto y en ortodoncia en infantil que requiera modificaciones del tratamiento original será cubierto en su totalidad por el paciente.

XII.- En el caso de la pérdida o mal uso de cualquier aparato protésico y de ortodoncia preventiva realizado en esta clínica será repuesto en su totalidad por el paciente.

XIII.- El tiempo de duración del tratamiento será el que la clínica considere conveniente para lograr el éxito y objetivos deseados.

XIV.- Si el paciente requiere de alguna aclaración deberá dirigirse al jefe de enseñanza.

XV.- Los pacientes que ingresen para cirugía tendrán que ser programados, presentando en su expediente su historia clínica y los análisis de laboratorio que el profesor responsable indique.

XVI.- No se atenderá a ningún paciente que se presente en estado inconveniente.

Acepto el inicio de mi rehabilitación integral. Siendo enterado de los puntos anteriormente expuestos.

Paciente (Persona responsable) _____
Nombre y firma.

Alumno: _____

Profesor: _____

Fecha: _____

De conformidad doy por concluido mi tratamiento

Nombre y firma

Fecha.