

**GUÍAS ORIENTATIVA PARA EL TRASLADO DE PACIENTES CON TRATAMIENTO DE ORTODONCIA:
MACHOTES GUÍA RECOMENDADOS**

1. CONSTANCIA RECEPCIÓN DE PACIENTE SIN FORMULARIO:

Yo, _____, Cédula No. _____, ortodoncista,
Código No. _____, por medio de la presente hago constar que he recibido al paciente
_____, Cédula No. _____, quien
por voluntad propia ha decidido cambiar el (la) doctor(a) que previamente llevaba su tratamiento de ortodoncia y
continuar con mi persona.

Se solicita al paciente brindar el formulario de transferencia de paciente establecido por la Academia Costarricense de
Ortodoncia (ACO) y por el Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica (CCDCR), sin embargo el paciente manifiesta
haber perdido contacto total con el (la) Doctor(a) previamente tratante, razón por la cual es imposible adjuntar el
documento solicitado, el paciente me exime de esta manera de cualquier reclamo legal por la falta de este documento
y se procederá como si se tratara de un tratamiento completamente nuevo y se adjuntará a este documento la
declaración jurada por parte del paciente, solicitada por la ACO y el CCDCR.

Eso es todo, Ciudad de _____, a las _____ horas del _____ de _____ del 20_____.

Firma el paciente
Ced. No.

Firma el Ortodoncista
Ced. No: _____
Cod. No: _____

2. DOCUMENTO DE RECIBIDO CONFORME POR PARTE DEL PACIENTE QUE ABANDONA EL TRATAMIENTO:

San José, ____ de _____ de 202__.

Señores _____

Presente

Estimado(a) _____:

Reciba un cordial saludo de mi parte y deseándole muchos éxitos.

La presente tiene como objetivo plasmar su decisión de no continuar su tratamiento de ortodoncia en nuestra clínica, lo que usted ha manifestado expresamente, de acuerdo a la indicación del Artículo V del Código de Ética del Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica, mismo que se cita textual a continuación:

Artículo V: "Corresponde al paciente la libre elección en cuanto a los servicios odontológicos que requiera. En el trabajo institucional se respetará, en lo posible, este derecho. El cirujano dentista respetará igualmente la libertad del paciente para prescindir de sus servicios. Será obligación del odontólogo hacer constar por escrito en el expediente cuando el paciente haga abandono total o parcial del tratamiento dental, liberando de responsabilidad al odontólogo ante el paciente sobre el abandono comprobado".

Por tanto, procede a hacer entrega de un reporte del caso que incluye:

Fotografías de los registros iniciales:

Fotografías intraorales.

Fotografías extraorales.

Modelos de estudio.

Radiografía panorámica.

Radiografía cefalométrica.

Trazado cefalométrico.

Diagnóstico.

Plan de tratamiento.

Descripción del tratamiento realizado:

Aparatología utilizada.

Fecha de inicio del tratamiento.

Estatus actual del tratamiento.

Fecha de la última atención ortodóncica.

Etapas de tratamiento pendientes.

Fotografías de las últimas radiografías o registros de control.

Esperando que toda esta información sea de utilidad para poder continuar su tratamiento, quedo a su disposición para cualquier duda al correo _____ o al teléfono de la oficina (506) _____.

Sin más por el momento, se despide de usted,

Atentamente,

Dr (a): _____

Ced. No: _____

Cód. No: _____

Recibido conforme:

Nombre del paciente

Ced. No: _____

Cc: 1. Nombre del paciente 1. Expediente

3. DECLARACIÓN JURADA PACIENTE QUE SOLICITA CONTINUAR EL TRATAMIENTO SIN REFERENCIA

Yo, _____, Cédula No. _____, por medio de la presente declaración jurada, conociendo los delitos de perjurio y de falso testimonio que establece el código penal costarricense, manifiesto que por voluntad propia he decidido cambiar el (la) doctor(a) que previamente llevaba mi tratamiento de ortodoncia, declaro bajo la fe de juramento que esta decisión ha sido tomada sin ninguna coacción, por tanto exonero de toda responsabilidad jurídica (penal, civil, disciplinaria, ética y/o moral) al nuevo tratante, Dr(a) _____, Cod No. _____, y/o la Clínica _____ donde retomaré el tratamiento.

Declaro que no tengo compromisos económicos pendientes con el odontólogo o especialista en ortodoncia anteriormente tratante. Y finalmente, aunque me fue solicitado el formulario de transferencia de paciente, establecido por la Academia Costarricense de Ortodoncia (ACO) y por el Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica (CCDCR); manifiesto haber perdido contacto total con el (la) Doctor(a) previamente tratante, razón por la cual me es imposible adjuntar el documento solicitado.

Eximo de esta manera de cualquier reclamo legal por la falta de este documento y entiendo que se procederá como si se tratara de un tratamiento completamente nuevo. Me comprometo a facilitar registros diagnósticos nuevos que permitan valorar la condición actualizada de mi caso, para reiniciar el tratamiento.

Eso es todo, ciudad de _____, a las _____ horas del _____ de _____ del 202 ____.

Firma el paciente

Céd. No: _____

4. DECLARACIÓN JURADA PACIENTE QUE SOLICITA CONTINUAR EL TRATAMIENTO

Yo, _____, Cédula No. _____, por medio de la presente declaración jurada, conociendo los delitos de perjurio y de falso testimonio que establece el código penal costarricense, manifiesto que por voluntad propia he decidido cambiar el (la) doctor(a) que previamente llevaba mi tratamiento de ortodoncia, declaro bajo la fe de juramento que esta decisión ha sido tomada sin ninguna coacción, por tanto exonero de toda responsabilidad jurídica (penal, civil, disciplinaria, ética y/o moral) al nuevo tratante, Dr(a) _____, Cod: _____, y/o la Clínica _____ donde retomaré el tratamiento.

Declaro que no tengo compromisos económicos pendientes con el odontólogo o especialista en ortodoncia anteriormente tratante. Y finalmente acepto estar en disposición de brindar el formulario de transferencia de paciente, emitido por el anterior tratante y establecido por la Academia Costarricense de Ortodoncia (ACO) y por el Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica (CCDCR), además de facilitar registros diagnósticos nuevos que permitan valorar la condición actualizada de mi caso, para reiniciar el tratamiento.

Eso es todo, Ciudad de _____, a las _____ horas del _____ de _____ del 20_____.

Firma el paciente

Ced. No: _____



5. FORMULARIO DE TRANSFERENCIA DE PACIENTE

Doctor(a): _____
Código: _____

Paciente: _____
ID: _____

Referido a: _____
Fecha: _____

Datos enviados por el (la) doctor(a) previamente tratante:

Fotografías de los registros iniciales:

Fotografías intraorales.

Fotografías extraorales.

Modelos de estudio.

Radiografía panorámica.

Radiografía cefalométrica.

Trazado cefalométrico.

Diagnóstico.

Plan de tratamiento.

Descripción del tratamiento realizado:

Aparatología utilizada.

Fecha de inicio del tratamiento.

Estatus actual del tratamiento.

Fecha de la última atención ortodóncica.

Etapas de tratamiento pendientes.

Fotografías de las últimas radiografías o registros de control.

Dr(a) xxxxxxxxxxxxxxxxx

Ced. No: _____

Código No: _____

6. SOLICITUD DE REFERENCIA DE PACIENTE

De acuerdo al procedimiento de traslado de paciente de la Academia Costarricense de Ortodoncia (ACO) y del Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica (CCDCR), solicito respetuosamente la transferencia del paciente _____,
ID: _____, quien, por voluntad propia, ha solicitado continuar su tratamiento bajo mi tutela.

Favor enviar el Formulario de Referencia de Paciente y los datos solicitados, mismo que se adjunta a continuación.

Dr.(a) xxxxxxxxxxxxxxxx

Céd. No: _____

Código No: _____



7. FORMULARIO DE REFERENCIA DE PACIENTE:

Doctor(a): _____

Código: _____

Paciente: _____

ID: _____

Referido a: _____

Fecha: _____

Datos enviados por el (la) doctor(a) previamente tratante:

Fotografías de los registros iniciales:

Fotografías intraorales.

Fotografías extraorales.

Modelos de estudio.

Radiografía panorámica.

Radiografía cefalométrica.

Trazado cefalométrico.

Diagnóstico.

Plan de tratamiento.

Descripción del tratamiento realizado:

Aparatología utilizada.

Fecha de inicio del tratamiento.

Estatus actual del tratamiento.

Fecha de la última atención ortodóncica.

Etapas de tratamiento pendientes.

Fotografías de las últimas radiografías o registros de control.

Dr(a) xxxxxxxxxxxxxxxx

Ced. No: _____

Código No: _____