

Contrato por servicios de ortodoncia invisible con alineadores

Entre el paciente [nombre del paciente], en adelante denominado "el paciente", y el odontólogo [nombre del odontólogo], en adelante denominado "el odontólogo", se establece el siguiente contrato de tratamiento de ortodoncia con alineadores:

1. **Objetivo del tratamiento:** El objetivo del tratamiento es corregir la malposición dental del paciente utilizando alineadores removibles y transparentes.
2. **Plan de tratamiento:** El odontólogo diseñará un plan de tratamiento personalizado que incluirá la duración estimada, el número de alineadores requeridos y cualquier otra consideración relevante para lograr los resultados deseados.
3. **Responsabilidades del paciente:** a) Cumplir con las citas programadas: El paciente se compromete a asistir a todas las citas programadas según lo acordado con el odontólogo. b) Uso adecuado de los alineadores: El paciente se compromete a utilizar los alineadores de acuerdo con las instrucciones proporcionadas por el odontólogo. Por lo general el tiempo de uso mínimo es de 20-22 horas diarias. c) Mantenimiento e higiene oral: El paciente se compromete a mantener una buena higiene oral durante el tratamiento y seguir las recomendaciones del odontólogo d) El paciente se compromete a realizar un buen uso y mantenimiento de los alineadores evitando rupturas o extravío de los mismos. e) Una vez terminada la fase de alineamiento, el paciente se compromete a utilizar los retenedores de manera constante y de acuerdo a las indicaciones del odontólogo de manera que se puedan mantener los resultados conseguidos a largo plazo. f) El paciente se compromete a no realizar tratamientos dentales que modifiquen o alteren significativamente la anatomía dental durante el tratamiento con alineadores de modo que se garantice el ajuste durante todo el tratamiento..
4. **Responsabilidades del odontólogo:** a) Diseño y fabricación de los alineadores: El odontólogo será responsable de proveer un plan de tratamiento personalizado para el paciente, ya sea mediante fabricación local o empleando los servicios de un proveedor capacitado. b) Seguimiento y ajustes: El odontólogo realizará el seguimiento adecuado del progreso del tratamiento y realizará los ajustes necesarios para alcanzar los resultados deseados. c) El odontólogo deberá estar y permanecer inscrito al Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica durante la duración del tratamiento y deberá actuar conforme al código de ética establecido. d) El odontólogo se compromete a realizar los pagos correspondientes de manera puntual en caso de que haya adquirido los servicios de un tercero para el diseño y la fabricación de los alineadores.
5. **Costos y pagos:** a) El paciente se compromete pagar al odontólogo la cantidad acordada por el tratamiento de ortodoncia con alineadores. b) Los pagos se realizarán según los términos y condiciones establecidos por el odontólogo y acordados por ambas partes. c) Cualquier modificación en los términos o plazos acordados deberá ser aprobada por ambas partes.
6. **Paquete de ortodoncia invisible:** Cada paquete de ortodoncia invisible puede incluir hasta cinco elementos definidos dentro de los costos iniciales: 1) Diseño y diagnóstico del plan de tratamiento digital. 2) Fabricación y entrega de la cantidad de alineadores estimada para alcanzar los objetivos pautados durante la fase inicial de alineamiento dental. 3) Una segunda fase de alineamiento dental conocida 'refinamiento' podría ser

requerida en algunos casos para refinar detalles del tratamiento. 4) Esta fase de refinamiento incluye además un segundo diseño digital del plan de tratamiento. 5) Un juego de retenedores finales para mantener los resultados una vez finalizado el tratamiento. El cuidado y mantenimiento de los retenedores va a depender del paciente. Cualquier refinamiento adicional o retenedores adicionales que llegasen a ser necesarios tendrían un costo adicional por parte del paciente de acuerdo a los costos planteados por el odontólogo.

7. **Resultados clínicos:** Los resultados clínicos se alcanzan mediante el trabajo en equipo de las tres partes involucradas, el paciente, el odontólogo y el laboratorio proveedor de los alineadores. Sin embargo, son responsabilidad en primera instancia del cumplimiento del paciente haciendo uso diario de los alineadores según las indicaciones. El odontólogo se compromete a dar el seguimiento adecuado durante las citas de control para asegurar el buen avance del plan de tratamiento. El laboratorio se compromete a su vez a incluir una fase de refinamiento sin costo adicional. Esta fase de refinamiento es opcional y será implementada solamente en los casos en que sea necesario extender el plan de tratamiento. Esta fase de refinamiento incluida es única y no puede exceder la cantidad de alineadores iniciales ni incluir objetivos no contemplados durante la fase inicial. El tiempo de tratamiento indicado al inicio del tratamiento se realiza mediante estimaciones clínicas basadas en experiencias previas y en la cantidad de alineadores totales, sin embargo siempre va a depender directamente de la cooperación del paciente.
8. **Duración del contrato:** Este contrato tendrá vigencia desde la fecha de firma y continuará hasta la finalización del tratamiento de ortodoncia con alineadores, según lo determinado por el odontólogo.
9. **Terminación anticipada:** Cualquiera de las partes podrá dar por terminado este contrato por escrito si existen razones justificadas, como incumplimiento de las obligaciones por parte del paciente o del odontólogo, o si se considera que el tratamiento no es adecuado o seguro.
10. **Confidencialidad:** Ambas partes acuerdan mantener la confidencialidad de la información personal y médica compartida durante el curso del tratamiento, de acuerdo con las leyes y regulaciones aplicables. El odontólogo tiene el derecho de compartir registros clínicos con terceros que puedan brindar asesoría clínica capacitada en beneficio del paciente.

Ambas partes declaran haber leído y entendido los términos y condiciones de este contrato y lo aceptan de manera voluntaria.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del odontólogo: _____ Fecha: _____