



CONSTANCIA DE GARANTÍA, CUIDADOS Y RESPONSABILIDAD DEL TRATAMIENTO DE ORTODONCIA CON BRACKETS

Por medio del presente documento, dejo constancia de haber sido informado(a) por el profesional tratante respecto de las condiciones de garantía, cuidado y reposición asociadas a los materiales e insumos utilizados durante mi tratamiento de ortodoncia fija.

Los proveedores y fabricantes de materiales ortodóncicos –incluyendo brackets, tubos, bandas, botones y otros elementos relacionados con la aparatología fija– contemplan un período de **5 días de garantía** frente a desprendimientos o pérdidas que pudieran ser atribuibles al procedimiento de instalación o cementación.

Transcurrido dicho período, el desprendimiento, pérdida o daño de un bracket u otro elemento fijo puede estar relacionado con factores propios del uso y cuidado de la aparatología, entre ellos: hábitos, alimentación, mordida de alimentos u objetos duros, manipulación de los aparatos, traumatismos y/o incumplimiento de las indicaciones entregadas para su cuidado.

En caso de desprendimiento, pérdida o daño de un bracket o cualquier otro elemento asociado a la aparatología fija, es **responsabilidad del paciente y/o de su apoderado informar oportunamente a la clínica**, especialmente cuando el evento ocurra dentro de los primeros 5 días posteriores a su instalación o cementación para aplicar la garantía del proveedor.

Cuando el desprendimiento o pérdida sea informado **fuera del período de garantía**, o corresponda a situaciones relacionadas con hábitos, alimentación, manipulación o cuidados del paciente, la reposición y nueva cementación tendrá un valor de:

\$3.000 CLP por cada bracket.

Declaro haber sido informado(a) de que las instrucciones y recomendaciones relacionadas con el cuidado de brackets y otros aparatos utilizados durante el tratamiento se encuentran disponibles de manera permanente en la sección “**Guías para pacientes**” del sitio web del profesional tratante:

Guías para pacientes – Dr. Cristian Martínez

<https://www.drcristianmartinez.cl/guias-para-pacientes/>

- Declaro que he recibido una explicación clara por parte del profesional tratante respecto de las condiciones de los proveedores, período de garantía, cuidados de la aparatología, obligación de notificar oportunamente cualquier desprendimiento o pérdida y costos que eventualmente puedan derivarse de su reposición.
- Entiendo las condiciones informadas por los proveedores y fabricantes, así como la explicación entregada por el profesional tratante.
- Declaro haber leído, comprendido y aplicado las indicaciones de cuidado disponibles en las Guías para Pacientes, y entiendo que el cuidado cotidiano de la aparatología y la notificación oportuna de cualquier desprendimiento, pérdida o daño forman parte de mis responsabilidades durante el tratamiento.

REPRESENTANTE LEGAL

Nombre del paciente	
RUT	
Nombre del representante legal (si corresponde):	
Firma del paciente o representante legal:	
Fecha (DD/MM/AAA)	
Firma del profesional tratante:	