**INFORME SOBRE TRATAMIENTO SIN FINALIZAR DE PACIENTE AFECTADO POR CIERRE DE CLÍNICA DENTAL**

**ANTECEDENTES**

Según refiere el paciente abajo indicado, a raíz del “cierre desordenado” y sin previo aviso de la clínica referenciada en el presupuesto adjunto, necesita un examen buco-dental como paciente afectado por dicho cierre, para delimitar qué parte del presupuesto financiado o cobrado por dicha clínica está ejecutado y permitir cuantificar el posible perjuicio económico ocasionado, para poder proceder a su reclamación con dicho respaldo documental. Por todo lo anterior, el paciente solicita el referido examen buco-dental y una vez practicado, procedemos a emitir el siguiente:

**INFORME CLÍNICO SOBRE TRATAMIENTO**

**D/ª. NOMBRE Y APELLIDOS DEL DENTISTA**, con domicilio a efecto de notificaciones en **DIRECCIÓN COMPLETA DE LA CLÍNICA** y Nº de colegiado/a **1100XXXX** en el Ilustre Colegio Oficial de Dentistas de Cádiz, en relación al examen buco-dental solicitado por el/la paciente **D./ª NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE con D.N.I. Nº XXXXXXXXX**, sobre los tratamientos buco-dentales recibidos en la Clínica Dental **NOMBRE DE LA CLÍNICA CERRADA** referenciada en el presupuesto adjunto, emito el presente informe clínico (no pericial).

**FUENTES DEL INFORME**

Fotocopia del presupuesto elaborado por la Clínica y D.N.I. del/la paciente.

**ANÁMNESIS Y EXPLORACIÓN**

Tras el reconocimiento y exploración clínica del/la paciente realizada con fecha **XX/XX/20XX** y en comparación con el presupuesto elaborado por los facultativos de la clínica cerrada, se aprecian las siguientes discrepancias entre el trabajo presupuestado y el finalmente ejecutado:

**TRATAMIENTOS PRESUPUESTADOS Y NO EJECUTADOS:**

* RELACIONAR EN ESTA ZONA LOS **CONCEPTOS QUE APAREZCAN EN EL PRESUPUESTO Y QUE EL PACIENTE NO TENGA REALIZADOS EN BOCA** EN EL MOMENTO DE LA EXPLORACIÓN.
* NO JUZGAR LOS TRATAMIENTOS, NO SE TRATA DE UNA PERICIAL.

En XXXXXXXXXXXXXXXXXX, a XXXXX de XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX de 2020

Firmado: D/ª. **NOMBRE Y APELLIDOS DEL DENTISTA**
DNI: **DNI DEL DENTISTA**

*Imprimir en papel con membrete de la Clínica y enviar una copia, una vez cumplimentado y debidamente firmado y sellado, al Colegio Oficial de Dentistas de Cádiz por correo electrónico a la dirección colegio@dentistascadiz.com (únicamente a efectos estadísticos y para el ejercicio de los fines y funciones de dicho Colegio Oficial). El original deberá entregarse al paciente para que se lo facilite a la representación legal que libremente designe para la defensa de sus intereses.*