



DOCUMENTO FINALIZACION DE TRATAMIENTO PACIENTE FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Estimado/a paciente, es un gusto poder informar que el tratamiento odontológico propuesto el día ___/___/___ ha sido finalizado con fecha: ___/___/___.

Este tratamiento tiene garantía clínica de **HASTA 1 año** (según la especialidad), a contar de la fecha de finalización. Para hacer efectiva su garantía, usted debe asistir a los controles informados a continuación.

Fecha citación Clínica de Mantención(indicar si es mantención de pre grado o post grado)	Asiste	No asiste	Firma paciente

Los controles se realizan en la Clínica de mantención de pregrado y postgrado, y su costo está publicado en nuestra página web <https://odontologia.uchile.cl/clinica/informacion-al-paciente/aranceles>. Para solicitar su hora debe contactarse vía telefónica, personalmente en admisión de la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile o escribiendo al mail: clinicas@odontologia.uchile.cl

La no asistencia a los controles, determina la pérdida de la garantía del tratamiento realizado en las dependencias de nuestra facultad.

Si por algún problema puntual, usted requiera de un control extra, debe solicitarlo al 229785026 o 229785040 o escribir al mail mencionado anteriormente.

Declaro comprender las presentes indicaciones y haber recibido el carné de alta con las fechas de los controles.

Nombre del paciente: _____ Rut: _____

Celular _____ Correo electrónico _____

Nombre y firma del docente a cargo del alta: _____

Nombre y firma estudiante tratante: _____

