

Solicitud de Retiro de Ficha Clínica Odontológica

Por la presente yo, _____, R.U.N _____
Con fecha _____, solicito copia de mi registro clínico odontológico. Lo anterior, en razón de lo estipulado en la ley N° 20.584 sobre derechos y deberes de los pacientes, donde se señala que podrán acceder de forma parcial o total los siguientes requirentes:

- a) El titular de la ficha clínica, su representante legal o, en caso de fallecimiento del titular, sus herederos.
- b) Un tercero debidamente autorizado por el titular, mediante poder simple otorgado ante notario.
- c) Los tribunales de justicia, siempre que la información contenida en la ficha clínica se relacione con las causas que estuvieren conociendo.
- d) Los fiscales del ministerio público y a los abogados, previa autorización del juez competente, cuando la información se vincule directamente con las investigaciones o defensas que tengan a su cargo.
- e) El instituto de salud pública, en el ejercicio de sus facultades.

Para velar por que se cumpla lo estipulado en la ley, la facultad de odontología de la universidad de Chile, estima un plazo de 15 días hábiles para la entrega de la copia del registro clínico odontológico y solicita además dejar constancia de los motivos que instan esta solicitud:

1. Disconformidad con el tratamiento realizado
2. Costos del tratamiento
3. Mala atención por parte del tratante
4. Mala atención por parte del personal administrativo o de apoyo
5. Otros: _____ (Indique razón).

Elementos relacionados a su atención que se incluyen en la entrega de la copia de la ficha:

Se entregan al paciente los siguientes elementos (solo de contenerlos):

- Rxs Bitewing
- Rxs Retroalveolar Total
- Rxs Panorámica
- Rxs ConeBeam
- Otros: _____
- La ficha NO contiene elementos adicionales para entregar al paciente

Con lo anterior, exento de cualquier responsabilidad inmediata o futura, tanto a la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, como a los docentes de área y tratantes de estas, ya que ha cumplido con lo que establece la ley y la normativa interna.

En conformidad y consintiendo este documento,

Nombre de quien retira: _____

R.U.N de quien retira: _____

Se adjunta copia cédula de identidad de quien retira Sí ____ No ____

Firma: _____ Huella Digital: _____