


# PROCOLO DE GARANTÍAS

Versión N°	Elaboró	Revisó y Aprobó
1.0	Waleska Zuzulich D. Director Clínica Santiago	Decana: Joyce Huberman C.  Director Clínica Santiago Waleska Zuzulich D.  Director Clínica Viña del Mar Claudia Romero C.  Director Clínica Concepción Stefanie Klischies N.
 <p data-bbox="228 1780 394 1839">Universidad Andrés Bello</p> <p data-bbox="456 1707 768 1818">Facultad de Odontología</p>		Fecha entrada en vigencia: Diciembre 2016  Fecha Próxima Revisión: Diciembre 2017

## 1. OBJETIVO

El objetivo de este protocolo es definir y formalizar el procedimiento para administrar las garantías al interior de la Clínica Odontológica.

## 2. ALCANCES

Contempla desde las garantías por concepto de tratamiento clínico realizado tanto en el área de pre y postgrado como en el área docente asistencial, además de aquellas que guardan relación con los trabajos de laboratorios requeridos por el paciente.

## 3. ASPECTOS GENERALES

Los tratamientos realizados, tanto en el área de pre y postgrado como en el área docente asistencial, se llevan a cabo bajo estrictas normas de supervisión y calidad, procurando que los pacientes puedan mantener de manera óptima los tratamientos a través del tiempo.

A su vez, es responsabilidad tanto de los alumnos, docentes y profesionales, informar y educar al paciente respecto a los cuidados que debe seguir una vez finalizado su tratamiento, así como indicar sus próximos controles, de manera de pesquisar de manera oportuna posibles problemas derivados de los tratamientos realizados en Clínica Odontológica.

Aun cuando las atenciones sean realizadas con los mayores estándares de calidad, y con la rigurosidad que cada caso amerite, existen porcentajes de fracasos informados por cada tratante al momento de someterse el paciente a algún procedimiento.

**Las garantías de los tratamientos se señalan en los consentimientos informados correspondientes, donde se informa que existe una garantía por el tratamiento realizado que será efectiva hasta los 12 meses del alta clínica, siempre y cuando el paciente no presente deudas pendientes asociadas al tratamiento realizado y asista de forma regular a todos los citaciones y controles estipulados por su tratante.**

#### 4. TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA GARANTÍA

Todos los tratamientos realizados en el área Pregrado, Postgrado o Docente Asistencial cuentan con garantías explícitas, las que se harán efectiva una vez que el paciente sea sometido a su respectiva evaluación.

El paciente será derivado para su reevaluación con el docente de la clínica donde se realizó el tratamiento, y se solicitará un informe a través de nota de evolución en Smile si corresponde o no hacer efectiva la garantía.

Las garantías no se harán efectivas en los siguientes casos:

1. Pacientes que no hayan seguido las indicaciones recomendadas por el tratante, quedando esto estipulado en el documento de “Alta Clínica” (ANEXO 1)
2. Pacientes que no hayan acudido a los controles establecidos por el tratante.
3. Pacientes con deudas en el presupuesto correspondientes al tratamiento en que se solicita la garantía, u otro presupuesto de Clínica Odontológica.
4. Pacientes con tratamiento inconclusos o que desistieron de éstos.
5. Las inasistencias reiteradas sin aviso a las sesiones clínicas de tratamiento constituyen causal de alta administrativa y eximen de responsabilidad a la Clínica Odontológica.

#### 5. PROCEDIMIENTOS GENERALES DE LA GARANTÍA

Todos los pacientes con tratamientos finalizados y con alta clínica, deberán seguir las indicaciones estipuladas para el éxito y mantención en el tiempo del mismo.

Si al momento del control de rutina, el paciente manifiesta alguna molestia o disconformidad, deberá ser pesquisado por el alumno/tratante e informar por escrito a su docente para realizar las gestiones pertinentes de la garantía, tanto para Pregrado, Postgrado o Clínica de Docente Asistencial (ANEXO 2: FLUJO ATENCION DE PACIENTES).

Para presentar un caso de garantía, la ficha en Smile debe contener toda la información de los tratamientos realizados y las notas de evolución con autorización docente. Independiente del área, se deberá emitir un informe a través de una nota de evolución en Smile que relatará la situación de cada paciente. Este informe deberá contener la información del estado clínico del paciente al momento de la reevaluación, además de una epicrisis y resolución clínica, la que deberá ser autorizada por el Docente. Además se debe realizar el presupuesto por las acciones que se consideren garantizar. Este presupuesto debe ser presentado a la Dirección Clínica. Una vez estén

las autorizaciones correspondientes, la Dirección Clínica determinará quién deberá realizar el tratamiento por concepto de garantía (Pregrado, Postgrado, Clínica de Docente Asistencial y/o Laboratorio), dejando un registro en nota de evolución en Smile. Con este informe la Dirección Administrativa realizará los descuentos en sistema Smile.

La resolución de cada caso, será dentro de un plazo no superior a 10 días hábiles, la que deberá ser informada a cada alumno/docente para coordinar las horas de tratamiento del paciente.

Además se realizará un seguimiento de los casos en garantía, la cual será semestral.

## 6. RESPONSABLES

### 6.1 El Alumno / Dentista Tratante será responsable de:

- a) Velar por el cumplimiento de explicación y firma del documento de “*Información Alta Clínica Odontológica*”.
- b) Registrar adecuada y correctamente las notas de evolución declarando las acciones clínicas realizadas, estado de salud bucal presente en el paciente al momento de la sesión clínica y las inasistencias no justificadas.
- c) Realizar y completar adecuadamente el consentimiento informado, de modo que el paciente se encuentre informado de los posibles riesgos que asumiría al realizarse el tratamiento.
- f) Solicitar a su Docente la firma de las notas de evolución. Hacer presupuesto por las acciones que se incluyen en la garantía. Solicitar la pre autorización del docente de dichos presupuestos. Presentar el caso de Garantía al Director Clínico.

### 6.2 El Docente será responsable de:

- a) Velar por el cumplimiento de explicación y firma del documento de “*Información Alta Clínica Odontológica*”.
- b) Evaluar a los pacientes que soliciten hacer efectiva su garantía en Pre y Postgrado y determinar si corresponde el cumplimiento de la misma. Realizar un informe a través de una nota de evolución en Smile, indicando si corresponde o no hacer efectiva la garantía y los fundamentos asociados
- c) Supervisar la realización adecuada del consentimiento informado, de modo que el paciente se encuentre informado de los posibles riesgos que asumiría al realizarse el tratamiento.
- d) Pre autorizar el presupuesto por las acciones que se consideren como garantía.

6.3 Los pacientes serán responsables de:

- a) Seguir las indicaciones establecidas por su tratante, para el éxito del tratamiento indicado al momento de la firma del “*Información Alta Clínica Odontológica*”.

6.4 La Dirección Clínica será responsable de:

- a) Velar por la evaluación clínica del paciente y su respectiva derivación a la Unidad correspondiente.
- b) El paciente será derivado a la clínica donde fue atendido para su reevaluación para que se informe si corresponde o no hacer efectiva la garantía.
- c) Si la garantía corresponde a Pre o Post grado, el alumno/docente deberá informar y presentar el caso a la Dirección Clínica  
Si la garantía corresponde a un tratamiento realizado en el área Docente Asistencial, esta unidad será responsable de informar y presentar el caso a la Dirección Clínica, quien evaluará si corresponde hacer efectiva la garantía para dicho caso.
- d) Evaluar y analizar aquellos casos derivados de reclamos, que involucren hacer efectiva una garantía.
- e) Llevar un registro de las garantías, especificando: clínica donde se atendió el paciente en un comienzo, clínico que resolvió la garantía, nombre alumno/tutor o docente asistencial según corresponda, acciones a garantizar.
- f) Informar y presentar el caso a la Dirección Administrativa para aprobación definitiva.

6.5 La Dirección Administrativa será responsable de:

- a) Revisar que el paciente no tenga deudas.
- b) Gestionar las acciones de garantía que deberán ser cobradas a la Clínica de Docentes Asistenciales o Laboratorio pertinentes.
- c) Gestionar el estado financiero de las acciones de garantía de pregrado, postgrado o docente asistencial.
- d) Autorizar las acciones y tratamientos que deberán realizarse con descuento o sin costo, producto de la garantía.
- e) Llevar un registro de las garantías.

ANEXO 1

INFORMACIÓN ALTA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

COD. SMILE: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_, Rut \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_,  
entrego mi consentimiento a través de este documento y declaro lo siguiente:

Que el día de hoy, \_\_\_\_\_, el alumno y/o tratante  
\_\_\_\_\_ me informa el ALTA CLÍNICA en la especialidad de  
\_\_\_\_\_. El tratante me ha mostrado y señalado el  
tratamiento correspondiente realizado en base a mi diagnóstico y presupuesto inicial y declaro estar  
conforme con el tratamiento realizado, además de estar informado que debo asistir a control en  
\_\_\_\_\_ meses.

Existe una garantía por el tratamiento realizado que será efectiva hasta los 12 meses  
transcurridos de la fecha de este documento, siempre y cuando el paciente no presente deudas  
pendientes, asista de forma regular a todos los controles y siga las indicaciones estipuladas por su  
Tratante. Para solicitar su hora control deberá comunicarse al +56 2 26615885 / +56 2 26618104.  
El control será realizado por alumnos o cirujanos dentistas en proceso de formación como  
especialistas.

Las indicaciones específicas que me han sido informadas son:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Para una correcta evaluación de su alta clínica, así como también para los controles posteriores, el  
tratante podría requerir exámenes radiográficos los que deberán ser cancelados por el paciente.

Clínica Odontológica no se responsabiliza por los daños y perjuicios a nivel bucal, como  
consecuencia directa o indirecta de la interrupción, suspensión o finalización anticipada de un  
tratamiento por parte del paciente y/o apoderado. O por daños consecuencia de malos hábitos,  
accidentes o deterioro propio del uso habitual de las restauraciones realizadas.

Nombre y Firma del Alumno tratante: \_\_\_\_\_

Nombre y Firma del Docente: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente y/o apoderado: \_\_\_\_\_

Firma del paciente y/o apoderado: \_\_\_\_\_

En Santiago, a \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_, a las \_\_\_\_\_ horas.

FLUJOGRAMA ATENCIÓN DE PACIENTES

