

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD Y GUIA DE FABRICACIÓN

(Real decreto 1591/2009, de 16 de octubre sobre productos sanitarios. Productos a medida)

Declaración de conformidad N°:		Fecha :	/	/
Laboratorio:		N° de Licencia sanitaria:		
Domicilio:				
Director técnico:		Colegiado N°:		
Protésicos que intervienen:				

El paciente declara que ha sido examinado previamente por el Dentista que le ha diagnosticado, prescrito y entregado las indicaciones de la prótesis dental, eligiendo libremente y contratando con posterioridad por el presente documento, los servicios de este Laboratorio de Prótesis Dental, cuyo Director Técnico es el Protésico Dental D. _____, para que le diseñe, elabore, fabrique, repare y adapte dicha prótesis conforme a la prescripción e indicaciones comentadas, y que una vez entregada la Prótesis al Paciente, éste se compromete a acudir o ser reconocido, ya sea personal o telemáticamente, por el Dentista - Prescriptor para su alta médica, si procede. Para que así conste, por lo que a todos los efectos legales corresponda, firma este documento en el lugar inferior destinado para ello.

El Laboratorio declara que el producto sanitario individualizado a medida descrito a continuación, cumple los requisitos esenciales establecidos en el Real Decreto que le son de aplicación, por lo que queda garantizada la ausencia de compromiso para la salud y la seguridad del paciente indicado a continuación, para el cual se ha fabricado a su medida, según la prescripción e indicaciones del profesional que se indica también a continuación, siempre y cuando el producto se utilice conforme a su finalidad prevista y siguiendo las instrucciones de uso del fabricante, ofreciendo las prestaciones asignadas. Para que así conste, su Director Técnico firma este documento en el lugar inferior destinado para ello.

El Laboratorio mantendrá archivado a disposición de las autoridades sanitarias competentes durante los años que legalmente corresponda, la documentación relativa al diseño y fabricación del producto sanitario a medida, es decir, una copia de este documento junto con la tarjeta sanitaria, la Prescripción y una copia de la factura al Paciente / Usuario.

Protección de Datos: En base a los servicios que recibe de nuestra entidad, le proporcionamos la información a la que tiene derecho, en función de las actuales normativas en protección de datos personales. Con la firma del presente documento, autoriza al tratamiento de los datos que nos facilite durante la asistencia que le proporcionamos. Todos los datos solicitados, son voluntarios y tienen derecho a no prestarlos, pero sin ellos no podremos llevar a cabo el servicio solicitado. Igualmente solicitaremos su autorización para otras finalidades, que solo se llevaran a cabo si usted ha dado su autorización con la marcación de la casilla correspondiente. Por favor, indique:

Si desea que le mantengamos informado de cuestiones tales como publicaciones, información sobre eventos, sesiones, cursos etc. que entendamos de interés, le remitiremos comunicaciones tanto por vía postal como electrónica.	<input checked="" type="checkbox"/> Autorizo <input type="checkbox"/> No Autorizo
--	--

Manifiesto, como paciente, haber leído y entendido el presente documento y estar de acuerdo con el mismo en los apartados señalados. Soy consciente de que puedo solicitar cuanta información considere necesaria sobre el tratamiento y que puedo sin tener que dar ninguna explicación revocar mis consentimientos, por lo cual firmo el presente documento en el lugar inferior destinado para ello.

PRESCRIPTOR:	PACIENTE:
Colegiado N°:	Fecha nacimiento:
DIRECCIÓN:	DIRECCIÓN:
	DNI:
	Teléfonos:

GUIA DE FABRICACIÓN PRÓTESIS DENTAL: Prótesis Dental a medida clase: **I a** **II a**

<input type="checkbox"/> Compensación de una deficiencia COMPLETA SUPERIOR COMPLETA INFERIOR PARCIAL SUPERIOR PARCIAL INFERIOR ESQUELÉTICO SUPERIOR ESQUELÉTICO INFERIOR REBASE SUPERIOR REBASE INFERIOR COMPOSTURA SUPERIOR COMPOSTURA INFERIOR AÑADIR PIEZAS GANCHOS REFUERZOS METÁLICOS	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 1 2 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 4 3 </div>	<input type="checkbox"/> Sustitución o modificación de la anatomía dental PERNO COLADO CORONA PROVISIONAL RESINA CORONA METAL / RESINA CORONA METAL / PORCELANA CORONA PORCELANA CORONA METÁLICA CORONA JACKET CORONA RICHMOND FACETA DE PORCELANA ANCLAJES IMPLANTES ORTODONCIA OTROS
COLOR DIENTES DIENTES 18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41		21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38 DIENTES

MATERIAL	MARCA	N° DE LOTE

FIRMA TÉCNICO RESPONSABLE:	FIRMA PACIENTE O REPR. LEGAL:
-----------------------------------	--------------------------------------