AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE ORTODONCIA

Caja Forense

PRIMERA CIRCUNSCRIPCIÓN SANTA FE

Documento de información y consentimiento

DATOS DEL TITULAR:

Apellido y Nombre: ……

Nº de Afiliado: ……

Domicilio: …….

Localidad: ……

Fecha: ……

DATOS DEL PACIENTE:

Apellido y Nombre: ……

D.N.I.: …….

Tipo de Ortodoncia: FIJA ☐ MOVIL ☐

PROFESIONAL SOLICITANTE: ……

Declaro conocer las condiciones reglamentarias necesarias para poder recibir el beneficio solicitado, a saber:

ORTODONCIA:

- *Paciente con hasta los 18 años cumplidos.*
- *El reconocimiento del tratamiento es por única vez y no corresponderá su reconocimiento y/o autorización, en caso de habérsele autorizado con anterioridad, el mismo beneficio en esta obra social al mismo paciente.*
- *Deberá presentar junto a la ficha catastral debidamente confeccionada, la historia clínica donde consten los datos del paciente, el diagnóstico, tipo de aparatología a emplear, duración estimada del tratamiento, pronóstico, moldes y radiografías (estos dos últimos ítems –moldes y RX- serán entregados al afiliado una vez realizada la auditoría).*

Firma del afiliado TITULAR ***Firma del AUDITOR***