



# 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 15 años inclusive.
- El reconocimiento del tratamiento es por única vez y no corresponderá su reconocimiento y/o autorización, en caso de haberse autorizado con anterioridad, el mismo beneficio en esta Caja Forense 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*