



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/Ortopedia: ☐ FIJA ☐ MOVIL

PROFESIONAL SOLICITANTE:

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

ORTODONCIA y/u ORTOPEDIA:

- *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 habersele 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