**IMPORTANTE**

**LLENAR CLARAMENTE LOS DATOS EN LOS RECUADROS**

**FORMULARIO**

**SOLICITUD AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO DE ORTODONCIA**

|  |
| --- |
| **DATOS DEL SOLICITANTE/TUTOR****Apellidos y Nombres completos:** **Domicilio:****Teléfono celular:****Teléfono fijo:****E-m@il:****CUIT:****Parentesco con Paciente:****Posee Obra Social: SI—NO****Cual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Firma:**  **DATOS DEL PACIENTE****Apellidos y Nombres completos:** **Domicilio:****Firma:** **Posee Obra Social: SI—NO****Cual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Fecha de Nacimiento:****DNI-CUIL:**Documentación a Adjuntar* Fotocopia D.N.I del solicitante o Tutor y Beneficiario.
* Prescripción Odontológica de Profesional Odontológico Municipal
* Constancia de CUIL y NEGATIVA de Anses

**DIRECCION DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD MUNICIPAL,** haga clic para escribir una fecha **Ref. Expediente. N°……………………..****Pase a la Dirección de Promoción Social, a fin de que se realice un estudio socio- económico al solicitante. Cumpliendo vuelva.**  |