**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.** |