



FORMULARIO

SOLICITUD AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO DE ORTODONCIA

IMPORTANTE

LLENAR CLARAMENTE LOS DATOS EN LOS RECUADROS

DATOS DEL SOLICITANTE/TUTOR

Apellidos y Nombres completos:

Domicilio:

Teléfono celular:

CUIT:

E-m@il:

Parentesco con Paciente:

Posee Obra Social: SI—NO

Firma:

Cual:

DATOS DEL PACIENTE

Apellidos y Nombres completos:

Domicilio:

Fecha de Nacimiento:

Posee Obra Social: SI—NO

Firma:

Cual:

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.

X

firma del responsable

**“Versión 01: 02/2017”**

***“Importante: Presentar por Duplicado el Presente Formulario”***

Palacio Municipal Sarmiento 1050. SFV de Catamarca – Catamarca. República Argentina. CP: K4700EMV.

E-mail: [saludmunicipal@catamarcaciudad.gob.ar](mailto:saludmunicipal@catamarcaciudad.gob.ar)

Página web: [www.catamarcaciudad.gov.ar](http://www.catamarcaciudad.gov.ar)