

TRATAMIENTO DE ORTODONCIA U ORTOPEDIA

Control N°3 Control N°5

En el presente documento dejan constancia acerca de la evolución del tratamiento de Ortopedia u Ortodoncia, tanto el beneficiario como el profesional tratante. **El mismo deberá ser cumplimentado por ambos y remitido luego por el prestador, junto con la documentación que respalde el control correspondiente, como condición necesaria para su facturación.**

COMPLETAR LO SIGUIENTE Y MARCAR LO QUE CORRESPONDA

Lugar y Fecha: de de 20

Quien suscribe, con número de socio, manifiesto que:

Asistí No asistí regularmente a las citas planificadas con el profesional Odontólogo.

Recibí No recibí toda la información necesaria, en lo relacionado al tratamiento.

OBSERVACIONES DEL PROFESIONAL

.....
.....
.....
.....

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL TRATANTE ACLARACIÓN Y DNI

Firmo conforme con la atención recibida, posibilitando la continuidad del tratamiento iniciado:

FIRMA DEL SOCIO ACLARACIÓN Y DNI