

COD. 602

En Buenos Aires, a los días del mes de de 201..... el que suscribe Sr./Sra. con Documento de Identidad (tipo) n° en mi carácter dedel menor

declaro haber tomado conocimiento y aceptado las condiciones generales para realizar el tratamiento de Ortodoncia (código 602) que será de tipo interceptivo, es decir, que podrá requerir un tratamiento posterior e independiente a éste, al completar el recambio de los dientes permanentes, por lo que autorizo a que se realice dicho tratamiento.

.....
Firma de madre, padre o tutor

.....
Aclaración

El tratamiento a realizar a
Tendrá una duración de meses aproximadamente.
Diagnóstico:
.....
.....
Pronóstico:
La técnica ortodóncica a emplear será
Consideraciones varias.....
Presupuesto: pago total:
Plan de financiación: inicial de
..... cuotas demensuales consecutivos.

En este presupuesto está comprendido todo lo concerniente al tratamiento de ortodoncia, como también las consultas necesarias, no así otros tratamientos odontológicos.

.....
Firma del profesional

.....
Aclaración