

INSTRUCCIONES PARA LLENAR SOLICITUD DE AYUDA DENTAL

Antecedentes Generales

Fecha

Nombre, Rut y Firma Socio Titular

Oficina, Anexo, N° Cta. Cte. o Cuentamática, Isapre o Fonasa

Nombre y Edad del Paciente

Declaración Médica

Estimado Doctor:

Con el objeto de facilitar la evaluación de los gastos médicos del paciente, quien tiene cobertura dental en nuestra institución, es de suma importancia que usted complete de su puño y letra, el formulario entregando la información solicitada de la siguiente forma:

- Identificación del profesional
- Descripción del tipo de prestaciones realizadas
- Identificación del número de piezas dentarias tratadas
- En tratamientos prolongados como Ortodoncia, Rehabilitación, Disfunción, indique los valores Clínicos unitarios Ej. Valor de aparatos, valor de cada control mensual, valor de planos de relajación, coronas provisorias, costo de laboratorio, etc.
- Indicar fecha de ejecución de las prestaciones Ej. Instalaciones, primer control, cementación, etc.

Por este medio autorizo a todos los cirujanos dentistas o cualquiera otra persona que me haya examinado, o cualquiera otra institución para que suministre información completa o copia de sus archivos en relación a esta solicitud de beneficio a **Fondo de Bienestar Social Ex O'Higgins.**