TECNISEGUROS / *juntos buscamos lo mismo*

Ecuasanitas

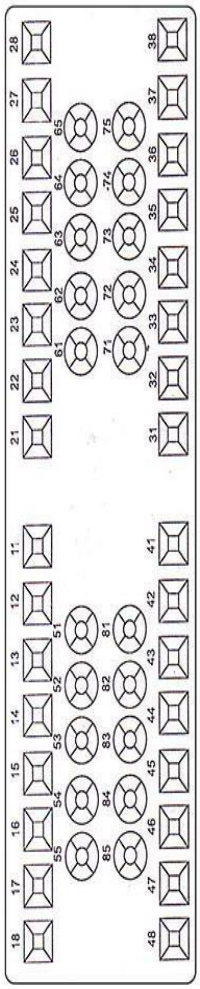
PLAN DE GASTO DENTAL

PARA SER LLENADA POR EL EMPLEADO:

NOMBRE COMPLETO DEL TRABAJADOR	N° DE CEDULA DEL TRABAJADOR		CODIGO:		
NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE:	N° DE CEDULA DEL PACIENTE	SEXO	RELACION CON EL TRABAJADOR	SI ES ESTUDIANTE TIEMPO COMPLETO	AÑO QUE CURSA
CIUDAD Y PROVINCIA			_____ FIRMA AUTORIZADA		
AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION: POR ESTE MEDIO AUTORIZO A CUALQUIER DENTISTA, MEDICO, HOSPITAL, ORGANIZACIÓN O EMPLEADOR A REVELAR CUALQUEIR INFORMACION SOBRE CUALQUIER OBSERVACION, TRATAMIENTO, SERVICIOS O BENEFICIOS DENTALES PRESTADOS O UQE ME SEAN PAGADEROS A MI O EN MI NOMBRE, UNA FOTOCOPIA DE ESTA AUOTORIZACION, SERA TAN VALIDA COMO EL ORIGINAL POR ESTE MEDIO CERTIFICO HASTA DONDE MI CONOCIMIENTO ALCANZA, LA VERACIDAD DE LAS DECLARACIONES HECHAS			_____ FIRMA DEL EMPLEADO		

PARA SER LLENADA POR EL DENTISTA QUE ATIENDE:

NOMBRE DEL DENTISTA:	**DIRECCION:**	**CIUDAD / PROVINCIA**



ESTIMADO DEL DENTISTA PREVIO EL TRATAMIENTO DECLARACION DEL DENTISTE SOBRE SERVICIOS PRESTADOS

DIENTE #	SUPERFICIE	DESCRIPCION DEL SERVICIO (INCLUYENDO RAFIOGRAFIAS, PROFILAXIS, MATERIALES USADOS, ETC.)	FECHA EN QUE SE PRESTÓ EL SERVICIO MES	DIA	AÑO	NUMERO DE PROCEDIMIENTO	HONORARIOS	PARA USO ADMINISTRATIVO UNICAMENTE
			TOTAL DE HONORARIOS COBRADOS:					

TRATAMIENTO INTEGRAL TERMINADO	**SI**	**NO**

OBSERVACIONES:

POR ESTE MEDIO CERTIFICO QUE LOS PROCEDIMIENTOS TAL COMO SE INDICAN POR LA FECHA HAN SIDO COMPLETADOS.

_____

FIRMA Y SELLO DEL DENTISTA **FECHA:** _____

NOTA: Se requiere de Rayos X antes y después de tratamientos de conducto o endodoncia
En caso de Ortodoncia adjuntar plan de tratamiento (Diagnóstico, pronóstico, tiempo de duración, costo total)