

**SOLICITUD DE PRESTACIÓN DEL TRATAMIENTO DE ORTODONCIA
POR MALOCCLUSIÓN SEVERA RELACIONADA CON MALFORMACIÓN
CRANEOFACIAL**

PACIENTE		
CIP		DNI
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
Domicilio	Código postal y localidad	Provincia
PADRE/MADRE/TUTOR/TUTORA		
Nombre y apellidos		DNI
		Relación con paciente
Teléfono		Correo electrónico
DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR A LA PRESENTE SOLICITUD		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informe de la patología y de la intervención quirúrgica realizada por Cirugía Maxilofacial. ▪ Estudio y presupuesto del tratamiento de ortodoncia. ▪ Fotocopia de la tarjeta sanitaria del Servicio Extremeño de Salud. <p>* La documentación, incluida la presente solicitud, puede entregarse en cualquier registro de la Junta de Extremadura, enviarse por correo certificado o mensajería (dirigida a Salud Bucodental. Avda. de las Américas, 2 - 06800 Mérida).</p>		
Declaro expresamente que los datos consignados en esta solicitud son ciertos.		
LUGAR Y FECHA		FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE