

## SOLICITUD DE PRESTACIÓN DEL TRATAMIENTO DE ORTODONCIA POR MALOCLUSIÓN SEVERA RELACIONADA CON MALFORMACIÓN CRANEOFACIAL

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