



ANEXO 2

AYUDAS PARA GASTOS DENTALES

A efectos de su consideración en las correspondientes convocatorias publicadas por la Universidad de Valladolid en materia de Acción Social y a petición del interesado, el FACULTATIVO actuante procede a realizar el siguiente INFORME:

DATOS: EL/LA FACULTATIVO/A		
APELLIDOS Y NOMBRE _____ Nº COLEGIADO : _____		
DATOS: EL/LA PACIENTE		
APELLIDOS Y NOMBRE _____ N.I.F. : _____		
PRÓTESIS Cuentan como tales las piezas, fundas, coronas de sujeción, endodoncias, reconstrucciones, puentes, pulpectomía, exodoncias, extracciones y poste (excepto las provisionales) IMPORTE _____ €	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
IMPLANTES OSTEOINTEGRADOS IMPORTE _____ €	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
EMPASTES (indicar número): Cuentan como tales empastes, amalgamas, obturaciones, rebajes en prótesis, raspaje de dientes e incrustaciones.	IMPORTE _____ €	
ORTOPEDIA DENTAL:	IMPORTE _____ €	
ORTODONCIAS: Necesidad del tratamiento, presupuesto total y, en su caso, el importe total desglosado en periodos anuales. Hágase constar la fecha en que se inicia el tratamiento.	IMPORTE _____ €	FECHA DE INICIO DEL TRATAMIENTO _____
FÉRULA DE DESCARGA.	IMPORTE _____ €	FECHA DE INICIO DEL TRATAMIENTO _____
DENTADURA IMPORTE _____ €	COMPLETA <input type="checkbox"/>	SUPERIOR <input type="checkbox"/> INFERIOR <input type="checkbox"/>
LUGAR, FECHA Y FIRMA En _____, a _____ de _____ de FIRMA Y SELLO DEL FACULTATIVO/A,		
LA UNIVERSIDAD DE VALLADOLID AGRADECE AL FACULTATIVO/A LA EMISIÓN DE ESTE INFORME		