



SOLICITUD DE BONO DENTAL

I. ANTECEDENTES DEL SOCIO/A (Esta sección debe ser llenada por el socio/a)

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

R.U.T.:

Isapre:

Fonasa:

II. ANTECEDENTES DEL PACIENTE

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

R.U.T.:

Parentesco:

Fecha de Nacimiento:

III. ANTECEDENTES DEL BONO, BOLETA O FACTURA

(Adjuntar los Documentos originales que acrediten el o los gastos incurridos)

Nº Documentos Adjuntos:

Total de Gastos Presentados

(de cargo del socio) \$

IV. INFORME CIRUJANO(A) DENTISTA TRATANTE (No llenar si es continuación de tratamiento)

1. Diagnóstico _____

2. Tratamiento: _____

3. Nombre del Cirujano(a) Dentista: _____

Especialidad: _____ Teléfono: _____ R.U.T.:

Fecha de Consulta

Firma y Timbre Cirujano(a) Dentista

Fecha presentación de solicitud

Firma Socio(a)

Depto. Bienestar