



ANEXO 3

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. : _____		
<u>PRÓTESIS</u> Cuentan como tales las piezas, fundas, coronas de sujeción, puentes, pulpectomía, exodoncias, poste, endodoncias, y reconstrucciones (excepto las provisionales) y 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
<u>IMPLANTES OSTEOINTEGRADOS</u> 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
<u>EMPASTES</u> Cuentan como tales empastes, amalgamas, obturaciones, incrustaciones, rebajes en prótesis y raspaje de dientes.	IMPORTE _____ €	
<u>ORTOPEDIA DENTAL:</u>	IMPORTE _____ €	
<u>ORTODONCIAS:</u> 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 _____
<u>FÉRULA DE DESCARGA.</u>	IMPORTE _____ €	FECHA DE INICIO DEL TRATAMIENTO _____
<u>DENTADURA</u> 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		