

Vigo, a 10 de febrero 2025

## ALTA DEL TRATAMIENTO DE ORTODONCIA POR FINALIZACIÓN

Yo, Dña. <sup>x</sup> Fernanda Rodríguez Martínez

con DNI 39400066Q, como representante del paciente ..... CONFIRMO el ALTA del tratamiento de ortodoncia, ya que ha mejorado la posición de mis dientes y los objetivos del tratamiento han sido cumplidos.

Así mismo, AUTORIZO al doctor que lleva a cabo la RETIRADA DE APARATOS correctivos para seguir con la fase de RETENCIÓN.

Me comprometo al uso y cuidado de los aparatos retentivos, y a someterme a las revisiones posteriores que sean necesarias (más espaciadas en el tiempo).

### OBSERVACIONES DEL DOCTOR

\* Reconstrucciones anteriores arcada sup  
.....  
.....  
.....

### OBSERVACIONES DEL PACIENTE

.....  
.....  
.....

Fdo.:

DNI:

