

6005358



Clinicas EXO Hollenback

Avda. Florida, 32

C.P. 36210 Vigo

Tlfn: 986.23.83.63

Vigo, 16 De Enero de 2025

ALTA DEL TRATAMIENTO DE ORTODONCIA POR FINALIZACIÓN

Yo, Dña..... María de los Angeles Villabos Rex
con DNI, 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

.....
Retención fija ↓
Retención, remolles ↑ ↓

.....
* si decide por 35 / 45 habrá que hacer
retención remolles inf.

OBSERVACIONES DEL PACIENTE

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

Fdo.: Villabos Rex
DNI: