

ONARPEN TALOIA / TALÓN DE ACEPTACIÓN



Profesionalarentzako alea. Ejemplar para la persona profesional



Haurren Hortzagin Programa

Programa Dental Infantil

urtea / año

ERREFERENTZIAZKO DENTISTAREN ZIGILUA / SELLO DENTISTA DE REFERENCIA

eguna / día hila / mes urtea / año

ONARPEN TALOIA / TALÓN DE ACEPTACIÓN



Onuradunarentzako alea. Ejemplar para la persona beneficiaria



Haurren Hortzagin Programa

Programa Dental Infantil

urtea / año

ERREFERENTZIAZKO DENTISTAREN ZIGILUA / SELLO DENTISTA DE REFERENCIA

eguna / día hila / mes urtea / año

HORTZ- KLINIKA GAITUAK

CLÍNICAS DENTALES HABILITADAS

TALOI HAU EUSKO JAURLARITZAKO OSASUN SAILAK OFIZIALKI GAITUTAKO HORTZ-KLINIKA BATEAN BAKARRIK ENTREGATU BEHAR DA.

ESTE TALÓN SOLAMENTE DEBE ENTREGARSE EN UNA CLÍNICA DENTAL HABILITADA OFICIALMENTE POR EL DEPARTAMENTO DE SALUD DEL GOBIERNO VASCO.



DENTISTEN ETA ZENTRO GAITUEN ZERRENDARAKO SARBIDEA



ACCESO AL LISTADO DE DENTISTAS Y CENTROS HABILITADOS:



osakidetza.euskadi.eus/padi



osakidetza.euskadi.eus/padi

AITORPENA

DECLARACIÓN

Nire semeak/alabak Haurren Hortzagin Programako atentzia jasotzea nahi dut. Hitz ematen dut beteko dudala neuk askatasun osoz hautaturiko erreferentziako dentistak, bere hortzaginetako osasunaren zaintzarako agindutakoa. Neure eskubide eta betebeharren jakitun nago.

Aita, ama edo tutorea:

Sinadura:

Inprimaki honetako datuak dagozkion haurraren aho-hortzen osasuna egoerarik onenean mantentzeko dudak erantzukizuna onartzen dut, Haurren Hortzagin Programako baldintzak betez. Era berean, Haurren Hortzagin Programako erreferentziako dentista gisa ditudan eskubide eta betebeharren jakitun nagoela adierazten dut.

Erreferentziako dentista:

Sinadura:

Deseo que mi hijo/a reciba la atención del Programa Dental Infantil. Me comprometo a seguir las instrucciones que para el cuidado de su salud dental determine su dentista de referencia que libremente he elegido. Conozco mis derechos y obligaciones.

Padre, madre o tutor/a:

Firma:

Acepto mi responsabilidad en el mantenimiento de un estado óptimo de salud buco-dental del niño/a cuyos datos figuran en este impreso, bajo las condiciones del Programa Dental Infantil. Así mismo, declaro tener conocimiento de mis derechos y obligaciones como dentista de referencia del Programa Dental Infantil.

Dentista de referencia:

Firma:

AITORPENA

DECLARACIÓN

Nire semeak/alabak Haurren Hortzagin Programako atentzia jasotzea nahi dut. Hitz ematen dut beteko dudala neuk askatasun osoz hautaturiko erreferentziako dentistak, bere hortzaginetako osasunaren zaintzarako agindutakoa. Neure eskubide eta betebeharren jakitun nago.

Aita, ama edo tutorea:

Sinadura:

Inprimaki honetako datuak dagozkion haurraren aho-hortzen osasuna egoerarik onenean mantentzeko dudak erantzukizuna onartzen dut, Haurren Hortzagin Programako baldintzak betez. Era berean, Haurren Hortzagin Programako erreferentziako dentista gisa ditudan eskubide eta betebeharren jakitun nagoela adierazten dut.

Erreferentziako dentista:

Sinadura:

Deseo que mi hijo/a reciba la atención del Programa Dental Infantil. Me comprometo a seguir las instrucciones que para el cuidado de su salud dental determine su dentista de referencia que libremente he elegido. Conozco mis derechos y obligaciones.

Padre, madre o tutor/a:

Firma:

Acepto mi responsabilidad en el mantenimiento de un estado óptimo de salud buco-dental del niño/a cuyos datos figuran en este impreso, bajo las condiciones del Programa Dental Infantil. Así mismo, declaro tener conocimiento de mis derechos y obligaciones como dentista de referencia del Programa Dental Infantil.

Dentista de referencia:

Firma:

OHARRAK

OBSERVACIONES

- Agiri hau urteko lehen bisitan aurkeztu eta sinatu behar da.
- Profesionalak eta onuradunak agiria sinatu ondoren, PADI-n sartutako doako arreta-harremana urtea amaitu arte baliozkoa izango da.
- Hortz.klinika aldatu nahi izanez gero, hurrengo urtearen hasieran egin daiteke taloi berria jaso ondoren.
- Oso garrantzitsua da urteko berrikuspenak egitea gerta litezkeen txantxarrak garaz artatzeko eta aho-osasun emaitza bikainak lortzeko.
- Hitzordura joateko arazorik baduzu, mesedez, deitu lehenbailehen kontsultara alde aurretik jakinarazteko.

- Este talón debe ser entregado y firmado en la primera visita del año.
- Una vez firmado por la persona beneficiaria y el personal dentista, la relación asistencial gratuita incluida en el PADI tendrá validez hasta final de año.
- Si se desea cambiar de clínica, esto será posible al comienzo del año siguiente tras recibir el nuevo talón.
- Es muy importante realizar revisiones todos los años para garantizar la detección precoz de posibles caries y obtener óptimos resultados en salud bucodental.
- En caso de no poder acudir a una cita, por favor, avisar a la clínica dental con antelación.