

ONARPEN TALOAIA / TALÓN DE ACEPTACIÓN

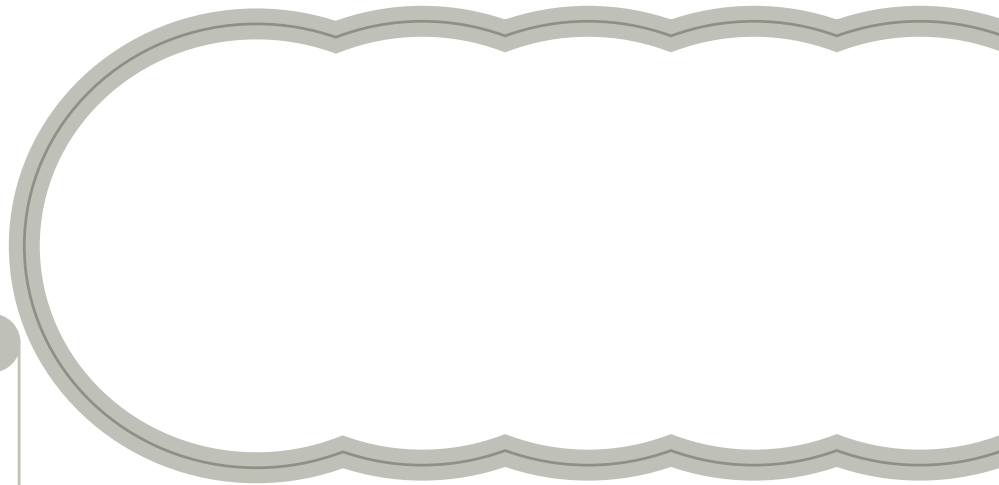


**Haurren
Hortzagin
Programa**

**Programa
Dental Infantil**

urtea / año

ERREFERENTZIAZKO DENTISTAREN ZIGILUA /
SELLO DENTISTA DE REFERENCIA



eguna / día hila / mes urtea / año

Ejemplar para la persona profesional

Profesionaltzako alea.

ONARPEN TALOAIA / TALÓN DE ACEPTACIÓN

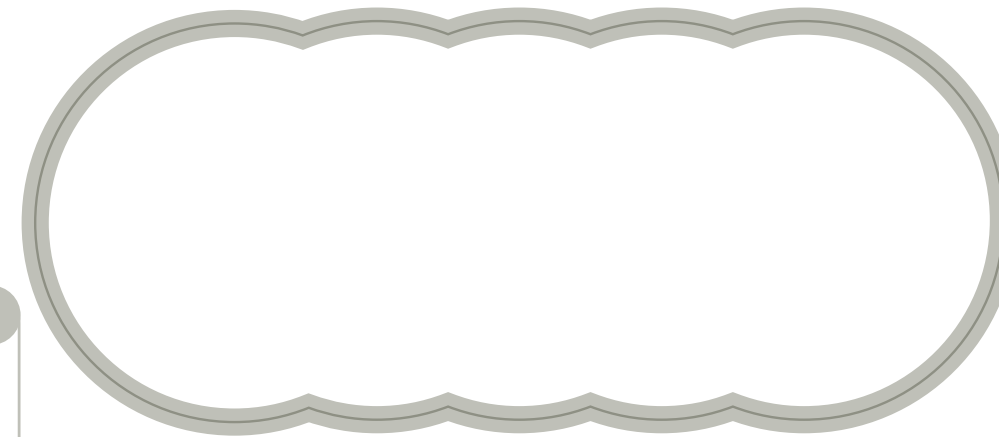


**Haurren
Hortzagin
Programa**

**Programa
Dental Infantil**

urtea / año

ERREFERENTZIAZKO DENTISTAREN ZIGILUA /
SELLO DENTISTA DE REFERENCIA



eguna / día hila / mes urtea / año

Onuradunarentzako alea. Ejemplar para la persona beneficiaria

Onuradunarentzako alea.

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

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 dudan 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:

DECLARACIÓN

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

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 dudan 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:

DECLARACIÓN

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

- 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 garaiz artatzeko eta aho-osasun emaitza bikainak lortzeko.
- Hitzordura joateko arazorik baduzu, mesedez, deitu lehenbailehen kontsultara aldeztu aurretik jakinarazteko.

OBSERVACIONES

- 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.