

### DECLARACION JURADA

YO:

SISTEMA DE SALUD:

RUN:   , DECLARO QUE LA PERSONA INDIVIDUALIZADA DE NOMBRE :

REQUIERE DE ATENCION DENTAL EN LAS CLINICAS DENTALES DE LA D.G.A.C., UBICADAS EN LA REGION METROPOLITANA (CLINICAS LOS LEONES O CLINICA AMB)

QUIEN ES :  Y ASIMISMO AUTORIZO LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE LOS TRATAMIENTOS A SEGUIR,  
*(INDICAR PARENTESCO)*

RESPONSABILIZANDOME POR ELLOS Y BAJO LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

QUE LOS GASTOS SEAN CURSADOS AL SUSCRITO POR MEDIO DE DESCUENTO POR PLANILLA.

QUE LOS GASTOS SEAN PAGADOS AL CONTADO POR EL PACIENTE EN CUESTION.

*(MARQUE CON X LA OPCION)*

ASIMISMO, AUTORIZO AL DEPARTAMENTO DE BIENESTAR SOCIAL, PARA QUE LA INFORMACION ENTREGADA PUEDA SER VERIFICADA.

PARA CONSTANCIA FIRMAN:

\_\_\_\_\_  
FIRMA FAMILIAR (TARIFA B)

\_\_\_\_\_  
FUNCIONARIO (A)

R.U.N. FAMILIAR NO CARGA:

FECHA DE NACIMIENTO DE FAMILIAR:     
(DÍA) (MES) (AÑO)

NOTA: SE RUEGA LLENAR LOS CASILLEROS INDICADOS.