Washington State Health Care Authority

Formulario de cancelación de servicio de ortodoncia

Orthodontic discontinuation of service form

Apellido del cliente:	Nombre del cliente:	
ID de cliente	Número de autorización	
Fecha de colocación del aparato	Fecha de retiro de las bandas	Fecha del último servicio
Motivo por el que se canceló el tratamiento de ortodoncia antes de completarlo		
Padre/madre/tutor		
Firma del proveedor		