



**ACUERDO DE TRATAMIENTO SHORT
(Hasta 18 alineadores por maxilar)**

Ortodoncista:

El plan de tratamiento, elaborado por MagicAligner para el paciente _____, se ajusta al plan de tratamiento planteado por mi, mediante el formulario de Diagnóstico y Tratamiento de la Fase 1, con fecha __/__/__

Firma y sello del Ortodoncista

Fecha __/__/__

Nota: Una vez que MagicAligner reciba este formulario, serán confeccionados los alineadores