



AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR

Por favor incluya a cualquier/todos los niños y niñas que autoriza el consentimiento para

El que suscribe, _____, padre/madre/tutor legal de:

_____, menor nacido el ____/____/____,

_____, menor nacido el ____/____/____,

_____, menor nacido el ____/____/____,

_____, menor nacido el ____/____/____,

_____, menor nacido el ____/____/____,

_____, menor nacido el ____/____/____,

Por la presente autorizo además de al padre/madre/tutor:

| | | | |
|----------|------------------------|----------|------------------------|
| (Nombre) | (Relación con el niño) | (Nombre) | (Relación con el niño) |
| (Nombre) | (Relación con el niño) | (Nombre) | (Relación con el niño) |

para prestar consentimiento para el tratamiento dental del niño(s) antes mencionado(s) por cualquier problema odontológico que pudiera surgir; o para llevar al niño(s) a PDS para controles de rutina y procedimientos asociados considerados necesarios por PDS. Por otro lado, autorizo al odontólogo, higienistas y personal de PDS a dar información a la(s) persona(s) arriba mencionadas en relación con el diagnóstico y el plan de tratamiento, o cualquier información necesaria para el cuidado del niño(s) antes mencionado(s).

• Por la presente relevo a PDS de cualquier responsabilidad respecto de la publicidad de esta información sobre el niño(s) arriba mencionado(s).

• Comprendo que si alguien que no sea una de las personas mencionadas arriba en este formulario lleva a mi hijo(s) a la cita con el dentista, mi cita quedará reprogramada para otra ocasión.

• Comprendo que solamente las personas arriba mencionadas tienen la autorización para tomar las decisiones relacionadas con el tratamiento odontológico de mi hijo(s) y es mi responsabilidad o la del tutor legal notificar a PDS de cualquier cambio deseado.

• Comprendo que las personas arriba mencionadas permanecerán autorizadas antes que se les notifique lo contrario por mí u otro tutor legal.

• Comprendo que aún cuando yo haya autorizado a las personas arriba mencionadas a tomar decisiones sobre el tratamiento relacionadas con el niño(s) arriba mencionado, seré financieramente responsable de esta cuenta familiar.

| | | | |
|-------------------------|-------|-------------------------|-------|
| Padre/madre/tutor legal | Fecha | Padre/madre/tutor legal | Fecha |
|-------------------------|-------|-------------------------|-------|

Por favor INICIAL si aplicable.

_____ Por la presente autorizo a mi hijo (de 16 años en adelante) a recibir tratamiento odontológico (por ejemplo, controles odontológicos, visitas de emergencia, radiografías, limpieza, flúoruro) sin una persona autorizada que lo acompañe.