



**AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR**

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

Yo, \_\_\_\_\_, padre/madre/tutor legal de:

\_\_\_\_\_, menor nacido el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

A partir de esta fecha autorizo a la siguiente persona/personas:

\_\_\_\_\_  
 (Nombre) (Relación con el niño)

para dar 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 chequeos de rutina y procedimientos asociados considerados necesarios por PDS. También, 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).

- Delcaro que libero a PDS de cualquier responsabilidad respecto de la divulgación 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 form trae 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 hasta 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, y **entiendo que el pago es debido al tiempo de servicio**

\_\_\_\_\_  
 Padre/madre/tutor legal Fecha

\_\_\_\_\_  
 Padre/madre/tutor legal Fecha

Por favor INICIAL si aplicable.

\_\_\_\_\_ Por la presente autorizo a mi hijo (15 años con una licencia de prueba de dificultades, o 16 años or mas) a recibir tratamiento odontológico (por ejemplo, chequeos odontológicos, radiografías, limpieza, fluoruro, tratamiento con o sin óxido nitroso pero excluyendo la sedación oral) sin una persona autorizada que lo acompañe. Entiendo que un padre o tutor legal seguirá siendo responsable de completar el historial médico hasta que el niño cumpla 18 años de edad.