



**CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA RECIBIR CORREO ELECTRONICO Y/O MENSAJES DE TEXTO**

Nombre del Padre o guardian legal \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Correo Electronico \_\_\_\_\_

Tenemos el permiso de usted para:

Enviar recordatorios de citas a su casa? Si No

Podemos dejar informacion dental, facturas, recordatorios de citas en su contestadora, correo de voz y/o su correo electronico? Si No

Otorgo permiso para compartir citas, cuentas, o informacion dental con la persona nombrada abajo:

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma del padre o encargado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

=====

**Consentimiento de Recibo de Aviso de Practica Privada**

**\*\*\*usted puede reusarse a firmar este documento\*\*\***

Yo, \_\_\_\_\_ he recibido una copia del Aviso de Practica Privada de Kidzone Dentistry.

Nombre en Molde \_\_\_\_\_ Relacion con el paciente \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**PARA USO OFICIAL**

- ( ) El individuo se reuso a firmar el documento**
- ( ) Barreras en la comunicacion impidieron obtener el consentimiento**
- ( ) Una situacion de emergencia nos privo de obtener el consentimiento**
- ( ) Otro , porfavor especifique: \_\_\_\_\_**