



Consentimiento del padre/madre para una persona no legal pueda traer el niño/a a la oficina dental

Yo _____ (madre/padre/guardian legal) del paciente (nombre del paciente) _____ Fecha de nacimiento: ____-____-____ autorizó a Sr./Sra. _____ para traer a mi hijo a la oficina dental Kidzone Dentistry para:

- Exámenes
- Rayos X
- Limpieza
- Fluoruro
- Tratamiento Restorativo
- Tratamiento Paliativo
- Analgesia
- Anestesia Local
- Manejo del comportamiento (Sábana)

También autorizó a Sr. / Sra. _____ para tomar decisiones y firmar todos los documentos o consentimiento para el tratamiento dental que será realizado en mi niño/a y esté es mi consentimiento escrito.

Firma del padre del paciente/guardián legal

Fecha

Firma del testigo (print name & sing)

Fecha