



## Consentimiento Para Tratar al Paciente sin la Autorización actual del Padre o Tutor Legal

Tengo el derecho legal de preautorizar la clínica dental de Fowler y su personal debe proporcionar tratamiento y servicios dentales a mi hijo. El cuidado dental puede incluir, pero no se limita a: exámenes dentales, profilaxis (limpieza), tratamientos con flúor, rayos X, empastes, espaciadores, extracciones y / o cualquier otro tratamiento que se considere necesario.

Yo \_\_\_\_\_ (escriba el nombre del padre/tutor legal) solicite y autorice a la clínica dental de Fowler y su personal para que le brinden la atención dental a mi hijo que se indica a continuación, según se considere necesario, y el diagnóstico y / o tratamiento del menor.

**El nombre del niño:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_  
**Alergias o medicamentos actuales:** \_\_\_\_\_

### LIMITACIONES

Identifique cualquier limitación específica en los tipos de servicios / tratamiento dental para los cuales se otorga esta autorización. Si no hay ninguno, indique "NINGUNO": \_\_\_\_\_

### INFORMACION DE CONTACTO DEL PADRE / TUTOR LEGAL PARA CUALQUIER PREGUNTA

Nombre del padre / tutor legal: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_ Numero de teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

Relación al menor (un circulo): Padre / Tutor Legal

Por la presente autorizo a las personas enumeradas a continuación para que lleven a mi hijo a sus citas si puedo asistir. Entiendo que el consejo médico / dental se les enviara en mi nombre. Entiendo y acepto que las firmas y las fechas de este formulario no caducaran sin una notificación por escrito o cuando un menor de edad cumpla los 18 años y que una copia de esta forma se considere valida como el original.

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

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

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

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

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

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