



CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL

Yo, _____, Padre/Madre/Guardián Legal de los niños en la lista de abajo; doy consentimiento y autorizo a la persona indicada en esta forma para proveer servicios dentales a mis hijo/hijos y también para cualquier tratamiento o cuidado que sea necesario para su bienestar, como sea recomendado por los dentistas de (Office Name).

Mi firma en este documento representa la autorización que tengo para dar el consentimiento mencionado para el cuidado y tratamiento dental de, él, la, los niños.

Niño's:

Nombre

Nombre

Nombre

Nombre

Nombre

Nombre

Persona Autorizada(s):

Nombre

Parentesco a los Padres de Familia/Guardian Legal

Nombre

Parentesco a los Padres de Familia/Guardian Legal

Firma

Parentesco con los Niños

Fecha