



**Alergias**

Nada       Penicilina/Amoxicilina       Codeina       Latex       Ibuprofeno       Anestésico

Otros( Porfavor liste): \_\_\_\_\_

**Autorizacion y Liberacion**

De mi conocimiento, las cuestiones de este formulario han sido contestadas con precisión. Yo soy el padre, tutor, o representante personal de este paciente y tengo el derecho legal para autorizar la atención médica y dental para este niño. Entiendo que el hecho de proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi hijo. Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado de salud de mi hijo. Autorizo al dentista y el personal dental de Center For Pediatric Dentistry para realizar los servicios dentales necesarios que mi hijo pueda necesitar. Tambien autorizo al dentista y el personal dental de Center For Pediatric Dentistry para liberar cualquier información, incluyendo el diagnóstico y exámenes o tratamiento prestados a mi hijo durante el período de atención, a terceros pagadores y/o profesionales de la salud. Autorizo el uso de las radiografías y fotografías para el propósito de la enseñanza y las publicaciones científicas. Solicito que mi compañía de seguros pague directamente al dentista. Estoy de acuerdo en permanecer en el local mientras mi hijo está siendo tratado. Tengo entendido que mi compañía de seguro puede pagar menos que el efecto real de los servicios; por lo tanto, estoy de acuerdo en ser responsable del pago de todos los servicios prestados en nombre de mi hijo. También estoy de acuerdo que los gastos incurridos por este concepto para los cargos por financiamiento, acciones de cobro o de pago retrasado por mí mismo o la compañía de seguros será mi responsabilidad.

Firma de Padre/Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Imprimir Nombre de persona que firmo: \_\_\_\_\_ Relacion al paciente: \_\_\_\_\_

Esta persona tiene el derecho legal para tomar decisiones por el paciente mencionado anterior?  Si  No

**Reviewed and signed by Dr:** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_  
(Revisado y firmado por el Dr)