

Forma de Permiso

Fecha: _____

Nombre(s) de Paciente(s): _____

Yo, _____, le doy permiso a las personas que se indican a continuación para llevar a mi hijo/a(s) a sus visitas dentales y autorizo al Center for Pediatric Dentistry para darles información sobre el cuidado dental para mi hijo(a). Tienen toda la autoridad para realizar cualquier tratamiento odontológico y las decisiones financieras de mi hijo(s), incluyendo pero no limitado a: sedación, óxido nitroso, radiografías y tratamientos con flúor. Entiendo que el pago por los servicios prestados se debe en el momento del tratamiento y me comprometo a realizar acuerdos de pago con el Center for Pediatric Dentistry si el individuo que acompaña a mis hijo(s) no está dispuesta a realizar el pago en su totalidad. Center for Pediatric Dentistry hará todo lo posible para mantener informado al adulto acompañando a mi hijo(s) antes de que el tratamiento cambie, sin embargo entiendo de que esto no es siempre posible y el adulto será informado de cualquier cambio en la finalización de la cita. Yo entiendo que si tengo que hacer cambios a este acuerdo, debere hacerlo por escrito.

Nombre

Telefono(s)

Relacion al Paciente

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Firma de Padre/Guardian Legal:
