Bethel Kids DENTAL

531 W. Kettleman Lane
Lodi, CA 95240
Tel: 209-400-2018

1660 W. Yosemite Ave. #1
Manteca, CA 95337
Tel: 209-500-1910

3633 Bradshaw Rd. #A
Sacramento, CA 95827
Tel: 916-810-2025

AUTORIZACIÓN PARA QUE UN ADULTO DESIGNADO POR LOS PADRES ACOMPAÑE AL MENOR DURANTE LAS CITA DENTALES

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Información del Adulto Designado

Nombre: _____

Número de Licencia de Conducir/ID Válida: _____

Dirección: _____

Teléfono Celular: _____ Correo Electrónico: _____

Relación con el Paciente: _____

Contacto de Emergencia (Si los padres no están disponibles): _____

Teléfono Celular: _____ Correo Electrónico: _____

Yo, el abajo firmante, por la presente autorizo al adulto designado mencionado anteriormente a acompañar a mi hijo menor durante las citas dentales en Bethel Kids Dental y proporcionar cualquier consentimiento verbal o escrito necesario con respecto a los procedimientos dentales, tratamientos o decisiones en mi nombre.

- Esta autorización otorga al adulto designado la capacidad de acompañar al menor a las citas dentales, discutir los planes de tratamiento y tomar decisiones si es necesario.
- El adulto designado está autorizado a firmar el consentimiento para cualquier procedimiento dental o decisión de tratamiento durante la cita sin consultar previamente conmigo, el tutor legal.
- Esta autorización será válida para las citas dentales hasta que sea revocada por escrito.

Nombre del Padre/Tutor: _____

Firma del Padre/Tutor: _____

Teléfono móvil: _____ Correo electrónico: _____

info@bethelkidsdental.com www.BethelKidsDental.com