

Yo Autorizo a _____ (nombre de persona que tiene permiso de traer al niño) que acompañe a mi hijo _____ a sus citas dentales en mi ausencia. Doy mi permiso que los siguientes tratamientos se le hagan a mi hijo en mi ausencia:

- Examen
- Radiografías (si son necesarias)
- Limpieza
- Florudo
- Rellenos
- Extracciones

- Tratamiento de emergencia si es necesitado

Solicito que sea contactado en el número de teléfono debajo si tratamiento necesita o cambio de recomendación durante tratamiento.

Solicito que sea contactado en el número de teléfono debajo si tratamiento necesita o cambio de recomendación durante tratamiento.

Numero de teléfono _____

Nombre del el Padre o Madre: _____

Firma: _____ fiche: _____