



Formulario de Consentimiento de Tratamiento Dental

Nombre del niño: _____ Fecha de Nacimiento: / /

Nombre del padre/madre /tutor legal: _____ Relación: _____

Dirección: _____

Dirección del Trabajo: _____

Celular: _____ Principal : _____ Trabajo/Otro: _____

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____

Nombre del Cuidador: _____ Teléfono: _____

Relación con el cuidador del Niño: _____

Declaración de Consentimiento: (Para ser firmado en presencia de un notario público legalizado)

Yo, _____ a doy su consentimiento para que mi niño en Cute Smiles 4 Kids, LLC para tratamiento dental . También doy mi cuidador del niño la autoridad para actuar y tomar decisiones en cuanto a tratamiento dental y / o emergencias médicas para mí. Doy el consentimiento para el cuidador a firmar todos los papeles en mi nombre. Cuidadora de mi hijo también puede consentimiento al tratamiento dental y tratamiento odontológico cambios en mi nombre, incluyendo pero no limitado a los exámenes, radiografías, limpieza, tratamiento de fluoruro, empastes, raíz canales, coronas, extracciones y anestesia).



Firma: _____ Fecha: / /

Notario

En este día de _____
(Fecha) (Mes) (Año) (Nombre del padre/madre/tutor legal)

compareció ante mí personalmente en el Condado de _____ (en el estado de _____)
y, en mi presencia, firmado el presente formulario de consentimiento de tratamiento dental.

Nombre del Notario Oficial: _____

Firma: _____

Comisión Expira: _____

