

## AUTORIZACIÓN DE PADRE/TUTOR

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### Informacion de Adulto Designado

Nombre: \_\_\_\_\_ Numero de Licencia/ID Valida: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Numero de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Firma de Adulto Designado: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia (Si el padre no esta disponible): \_\_\_\_\_

Numero de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Yo autorizo a \_\_\_\_\_ para hacer decisiones medicas y dentales, incluyendo acompañar a mi hijo(a) a sus citas y doc mi consentimiento para cualquier cambio en el plan de tratamiento ya que cambiar en ese momento. Si el menor no es acompañado por ninguno de los padres y no los podamos contactar, yo estoy de acuerdo en pagar mi porcion de los servicios proporcionados a mi hijo(a) el mismo día, y a como el tratamiento se lleve a cabo.

Nombre del Padre/Guardian: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Guardian: \_\_\_\_\_

Numero de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electronico: \_\_\_\_\_

