



Nombre del Paciente: _____
Chart # _____

Fecha de Nacimiento: _____

Doy mi consentimiento para que yo, o mi hijo(a) reciba el tratamiento **dental** necesario por parte de los dentistas de Open Door Family Medical Center, Inc. Estos procedimientos incluyen, pero no son limitados a exámenes de diagnóstico, limpiezas, tratamientos con fluoruro, sellantes, restauraciones (rellenos, calzas), coronas, prótesis removibles, tratamientos de periodoncia (encías), tratamientos de endodoncia (canal de raíz /conducto), extracciones, y el uso de anestésicos locales. Yo entiendo que este consentimiento se considerará vigente hasta que sea expresamente anulado o revocado.

(Su nombre)

(Relación al paciente)

(Fecha)

(Su firma)

(Testigo)

(Fecha)

Esta sección debe ser completada para los niños menores de 18 años de edad por un padre o guardián legal SOLAMENTE.

Yo afirmo que soy el padre, madre o el guardián legal del niño(a) que esta listado arriba. Si no puedo acompañar a mi hijo(a), doy permiso a las personas nombradas a continuación para acompañar a mi hijo(a) a los tratamientos:

Nombre: _____

Relación: _____

Nombre: _____

Relación: _____

Nombre: _____

Relación: _____

Nombre: _____

Relación _____

Nombre: _____

Relación _____

Nombre: _____

Relación _____

Si su hijo(a) es mayor de 13 años de edad, por favor marque uno:

Ya que mi hijo(a) tiene más de 13 años de edad, también doy permiso para que él/ella se presente para tratamiento *sin* la compañía de un adulto.

Aunque mi hijo(a) es mayor de 13 años, yo deseo estar presente para todos los tratamientos proveídos.

(Firma de padre, madre o guardián legal)

This consent shall be considered in effect until rescinded or revoked.