



## Autorización para el tratamiento del menor en ausencia del padre/tutor

Acerca de: Niño(s) Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Cuidador adulto (niñera):

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle, Ciudad, Estado, Código Postal

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono durante el día: \_\_\_\_\_

Relación con el niño: \_\_\_\_\_

1. Yo, el padre o tutor del niño nombrado arriba, doy permiso al adulto nombrado arriba a actuar en mi nombre para consentir cualquier examen de rayos X, anestesia, medicación sedativa, procedimientos médicos / dentales o diagnóstico quirúrgico o Tratamiento y atención médica de emergencia que se considere aconsejable y supervisado por cualquier médico afiliado a Young Smiles Dentistry.
2. Además, si mi hijo aparece en su oficina sin estar acompañado por mí o por el adulto nombrado arriba, le solicito y le autorizo a tratar a mi hijo como necesario, incluyendo procedimientos diagnósticos, médicos / dentales y quirúrgicos.
3. La autorización permanecerá en registrado hasta que sea terminada por notificación escrita recibida por Young Smiles Dentistry o cuando el niño alcance los 18 años de edad.

---

Firma

Nombre de impresión

Al escribir su nombre de arriba, está firmando este Acuerdo electrónicamente. Usted acepta que su firma electrónica es el equivalente legal de su firma manuscrita / manual en este Acuerdo.

---

Relación del menores

Fecha