



(Unaccompanied Minor Form)

Forma de menor no acompañado

Soy el padre / tutor legal de _____ who es menor de 18 años de edad. Debido a _____ (Razón), puede que no sea capaz de acompañar a mi hijo cuando él / ella requiere los servicios dentales. Autorizo a los proveedores de atención médica de Especialistas pediátricos dentales para proporcionar a mi hijo con los servicios dentales según criterio médico cuando están acompañados por cualquiera de las siguientes personas:

Nombre

Relación con el paciente

Nombre

Relación con el paciente

Además, entiendo que este formulario de consentimiento será válido y permanecerá en efecto hasta que yo la revoque por escrito.

Si mi hijo tiene 16 años de edad o más, permito que vengan acompañados por un adulto para el tratamiento dental.

En caso de una emergencia durante mi ausencia, por favor, póngase en contacto con:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

He leído y entendido el contenido de este formulario de consentimiento, que firmo voluntariamente:

Fecha _____

Firma del padre / tutor legal del paciente menor de edad

Nombre del padre / tutor legal: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ (celular) _____ (Trabajo)