



Yo Autorizo a _____
(nombre de persona que tiene permiso de traer al niño)
que acompañe a mi hijo _____
a sus citas dentales en mi ausencia.

Doy mi permiso que los siguientes tratamientos se le hagan a mi hijo
en mi ausencia:

- Examen
- Radiografías (si son necesarias)
- Limpieza
- Florudo
- Rellenos
- Extracciones
- Tratamiento de emergencia si es necesario

Solicito que se me contacte al número telefónico indicado abajo en
caso de cambio de tratamiento o de alguna recomendación en el
tratamiento.

Número de Teléfono _____

Nombre del el Padre o Madre: _____

Firma: _____

Fecha: _____