

Yo, _____ (Padre/ guardian) doy a Gentle Touch
Dentistry for all Ages , permiso para tratar a mi hijo/ hija,
_____ (nombre del nino/ nina) sin estar yo presente.

La persona que trae al nino/nina a la cita se llama,
_____ (adulto que acompaña al nino/ nina y
tiene al menos 18 años de edad y es _____ (relación con el nino/
nina).

Autorizo a la persona a realizar decisiones con respecto al tratamiento dental
del nino/ nina, tratamiento (en caso de emergencia si es necesario) y contoral
el comportamiento. entiendo que el pago es esperado al tiempo que el
tratamiento sea realizado.

Informacion de contacto de los padres en el caso de preguntas acerca del
tratamiento del nino/ nina

Nombre del los padres: _____

Informacion de contacto: (celular) _____

(Casa) _____ (trabajo) _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Codigo Postal: _____

Firma: _____ fecha: _____

Relacion con el paciente: _____