



Forma Especial de Autorización de Menores

Yo, _____, autorizo a las siguientes personas nombradas /
(padre/guardián legal)
personas a autorizar (dental/medical) tratamiento para mi hijo/hijos por esta instalación.

- Entiendo que soy responsable por los servicios prestados para el tratamiento y los pages autorizados por mis representantes personales.
- Yo entiendo que puedo terminar este formulario de autorización. Debo notificar a esta instalación por escrito sobre la terminación y la fecha de vigencia.

Por favor, indique con quién podemos discutir la información de su tratamiento y quién puede traer a su hijo a su cita dental

Nombre del representante personal	Relacion	Fecha de Nacimiento	Teléfono
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Cualquiera de los listados arriba debe mostrar su identificación para que podamos verificar su identidad.

Nombres de los Ninos

Edad

Padre/Tutor Legal (Imprimir)

Padre/Tutor Legal (Firma)

Fecha

Relacion hacia el niño

Firma del Testigo

Fecha