



Victor Valley
Kids Dental

14285 7th Street, Victorville, CA 92395
Email: vykidsdental@gmail.com
Office: 760-388-5080 Fax: 760-388-5081

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA EL ACCOMPANIO DEL NIÑO A LA OFICINA DENTAL DE TRATAMIENTO

YO, _____ EL PADRE/MADRE LEGAL O TUTOR
DE, _____ DOY PERMISO A _____ :

- ABUELO/ABUELA
- TÍA /TÍO
- HERMANO/HERMANA
- AMIGO
- CUSTODIA NOMBRADA POR LA CORTE
- OTRO: _____

EL PERMISO DE ACOMPAÑAR A MI HIJO/HIJA A SU NOMBRAMIENTO DENTAL CON VICTOR VALLEY KIDS DENTAL.

SE ENTIENDE QUE EL ADULTO MENCIONADO ANTERIOR ACTÚA EN MI NOMBRE Y ES PERMITIDO HACER DECISIONES CON RESPECTO AL TRATAMIENTO DE MI HIJO EN EL CASO DE QUE NO PUEDO SER ALCANZADO.

SE ENTIENDE QUE SIGO FINANCIAMENTE RESPONSABLE DE LA CUENTA DE MI HIJO.

FIRMA DE LOS PADRES: _____ FECHA _____

TENGA EN CUENTA:

ESTA AUTORIZACIÓN PERMANECERÁ EN EL ARCHIVO Y PERMANECERÁ ACTIVO HASTA QUE EL NIÑO SEA MAYOR PACIENTE CON NUESTRA OFICINA O QUE EL PADRE O TUTOR LEGAL ENVÍE UNA INSTRUCCIÓN ESCRITA PARA RETIRAR A LA PERSONA / PERSONAS ANTERIORMENTE NOMBRADA DE LA RESPONSABILIDAD DE ACOMPAÑAR A UN NIÑO.
