



CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DENTAL UN MENOR

Yo, (Nosotros) _____ y _____
(Nombre de padre/tutor) (Nombre de padre/tutor)

Declaro que soy (somos) el/la (los) padre(s) o tutor(es) legal(es) de

(Nombre/s de hijo/s) (Fecha de nacimiento)

Quien vive conmigo (con nosotros) en

(Dirección) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Puede ponerse en contacto conmigo (con nosotros) al _____.
(Número de teléfono)

Autorizo (autorizamos) a _____, un adulto,
(Nombre)

Quien es _____
(relación al paciente)

Para dar consentimiento a cualquier revisión necesaria, anestésica local, diagnóstico dental, cirugía o tratamiento dental y para hacer cita para el/la menor nombrado arriba bajo la supervisión general o especial y del consejo de cualquier dentista autorizado de practicar odontología en el estado de Wisconsin.

Este día _____ De _____, 20 _____
(Día) (Mes) (Año)

Firma de padre o tutor

Firma de padre o tutor

This form is valid for 2 years from the date it is signed unless rescinded by the parent or guardian verbally or in writing.