

Autorización para acompañar a un menor

Estamos comprometidos a brindar atención clínica de la mejor calidad y una comunicación clara a nuestros pacientes y sus padres o tutores. En nuestro consultorio, a menudo tenemos adultos que no son los padres ni tutores del niño al que acompañan a una cita. Las personas que no son padres o tutores NO pueden aprobar o consentir los tratamientos. Esto garantiza sus derechos y responsabilidades ya que no se sobrepasa a la parte responsable de manera inadvertida.

Si tiene un padrastro u otro pariente o adulto que está autorizando a acompañar a su hijo en su ausencia, DEBE completar el siguiente formulario antes de que su hijo asista a consulta con nosotros.

Asumimos nuestra responsabilidad por la salud bucal de su hijo con el máximo respeto y nos esforzamos continuamente para mejorar nuestros servicios y la comunicación con todas las familias. Gracias, nuevamente, por confiarnos el cuidado de la salud bucal de su hijo.

Fecha: _____

Yo, _____, el/la tutor/a legal de: _____ fecha de nacimiento del niño: _____ concedo plena autorización a las siguientes personas para que acompañen a mi hijo a cualquier servicio de atención dental futuro y tomen decisiones como cambios en el plan de tratamiento en mi nombre si el consultorio no puede comunicarse conmigo. Me pueden contactar al siguiente número de teléfono:

1. _____, relación: _____
2. _____, relación: _____
3. _____, relación: _____
4. _____, relación: _____

El tratamiento puede suspenderse a discreción profesional del médico hasta que se otorgue el consentimiento legal adecuado.

Atentamente,

El equipo de Advanced Dental Care

Nombre del/de la tutor(a) _____

Firma del/de la tutor(a) _____