



Smiles 4 Kids  
Children's General Dentistry



Servicios proporcionados por dentistas generales con licencia de Colorado  
1601 Oxbow Dr. Suite 360A, Montrose, Colorado • T: 970-249-8595 F: 970-249-5903

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Formulario de permiso para los adultos que no sean los padres o tutores legales del paciente para llevar al paciente a las visitas al consultorio para la atención dental y la autoridad de dar consentimiento para recibir tratamiento médico/dental.

El propósito de este formulario es de ofrecer a los padres la opción de nombrar a otros adultos para llevar a su hijo/a a Smiles 4 Kids para su evaluación y tratamiento dental. Se le da autoridad para discutir el tratamiento y dar consentimiento al personal de Smiles 4 Kids según sea necesario.

**Si no se nombra a otros adultos, su hijo/a solo podrá ser atendido con la presencia de padre o madre o tutores legales.**

Fecha	Nombre de padre o madre	Nombre de adulto con permiso	Relación al niño

Este formulario puede ser modificado en cualquier momento por forma escrita por cualquier padre o tutor legal. Para remover a un adulto por favor notifique al personal administrativo en Smiles 4 Kids.

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Relación al paciente(s)

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha