



RURAL HEALTH, Inc.
We specialize in you

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DENTAL PARA MENORES

Yo _____ autorice a las siguientes personas a
(tutor legal)
a acompañar a _____ para tratamiento dental, incluyendo pero
(minor)
no limited to fillings and extractions, and discuss further treatment.

1. _____ Relación con el paciente _____
2. _____ Relación con el paciente _____
3. _____ Relación con el paciente _____
4. _____ Relación con el paciente _____
5. _____ Relación con el paciente _____

Nombre (impreso) (Se requiere identificación con foto)

Firma

Fecha

Relación con el paciente

SE REQUIERE UNA IDENTIFICACIÓN FOTOGRÁFICA PARA CADA
PERSONA AUTORIZADA EN EL MOMENTO DE LA VISITA