

Designación a Otro Individuo para Consentimiento de Cuidado Medico - Formulario Para llevar a Casa

Siempre es mejor que los padres o tutores legales traigan sus hijos para tratamientos. Sin embargo, algunas veces deseara que otros **individuos** traigan a sus hijo(a), como niño(a) o familiares. Para poder tratar su hijo(a) requerimos permiso que la persona acompañando tenga autorización.

Esta forma permite que los individuos que usted escoja puedan buscar servicios/tratamientos, y hagan decisiones dentales para su hijo(a), también podrán discutir y compartir información medico y ver todos los expedientes necesario cuando usted no pueda asistir a las citas con su hijo(a).

Padres / Tutores

Nombre (imprima): _____ Relacion al paciente: _____ Fec. Nac. : _____

Nombre (imprima): _____ Relacion al paciente: _____ Fec. Nac. : _____

Yo autorizo las siguientes persona(s) que traigan mi hijo(a) a sus citas y que hagan las decisiones necesarias (marque todas las opciones que correspondan):

Nombre : _____ Relación con el paciente : _____

Nombre : _____ Relación con el paciente : _____

Los Individuos(s) que nombre tienen que tener 18 años de edad o mas

REQUIERE SELECCIÓN

- Discutir la información financiera (copagos, saldo de vencimiento atrasado, antecedentes de la cuenta)
- Acompañar a su hijo(a) a las citas y puede hacer decisiones Dentales que puede incluir pero no son limitados a; exámenes, radiografías, prophylaxis (limpiezas dentales), tratamiento periodontal & tratamiento de fluoruro, consentimiento a uso de oxido nitroso, cirugía oral, tratamiento reconstituyente básica y mayor. ***Citas para Anestesia General, Sedación IV and Sedación Oral son excluidas a pesar de los procedimientos completados y requieren a los padres o tutores legales presente.**
- Acompañar a su hijo(a) a las citas y puede hacer decisiones Ortodoncias que puede incluir pero no son limitados a; radiografías, cambios menores al plan de tratamiento, ajustes, cheque de aparatos, y cheque de retenedores ***Cita inicial, citas cual resulte en poner frenos(suspensores) o quitar frenos, cuando hay cambios contractual, consentimiento informado actualizado, y citas peticionadas del dentista son excluidas y requieren a los padres o tutores legales presente.**
- Acompañar a su hijo(a) a las citas y puede hacer decisiones de Vision que puede incluir pero no son limitados a; pruebas preliminar, dilatación pupilar, examen, escoger lente, y dejar recoger lentes y/o lente de contacto.

Si su hijo(a) tiene 16 años o más, puede permitirle que recoja lentes y/o lente de contacto.

Si, Permiso recoger

No, Permiso recoger

Nombre del paciente : _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del Padre/Tutor legal: _____ Fecha: _____

Nombre del Testigo (escrito): _____ Fecha: _____

Firma del Testigo: _____ Número de teléfono: _____

La forma vence dos año después de la fecha firmada. Puede efectuar cambios en cualquier momento con miembros personales.