Dental Clinic logos

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE**

**PARA PACIENTES MENORES DE 18 ANOS**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, siendo el Padre, Madre o guardián legal

De \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **doy permiso a las siguientes personas**

Nombre del Paciente

**Para poder traer al niño(a) a la Clínica Publica de Salud Dental de Wilkes para tratamiento, para aprobar, y para dar consentimiento para cualquier tratamiento que sea recomendado en mi ausencia.** Entiendo que soy responsable por cualquier material que sea dado a la persona enlistada abajo incluyendo el Plan de Tratamiento, Tarjetas de Cita, y otra información escrita.

**También entiendo que si un *consentimiento para un tratamiento especifico* es necesario** (jalar un diente, paciente con necesidades especificas, sedación con oxigeno nitroso/gas hilarante, o tratamiento en la raíz del canal) ***debo estar presente para firmar esas formas* o el tratamiento va a ser retrasado hasta que yo esté presente.**

**INDIVIDUALES APROVADOS**

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Este acuerdo puede ser terminado por requerimiento escrito.**

Firma del Padre, Madre o Guardián legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

WPHDC Staff Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(5-14)