

FEBRES DENTISTRY FOR CHILDREN

Designación de otro representante para decisiones dentales

Yo, (padre/representante legal), _____ no puedo acompañar a mi (hijo/hija), _____, a su cita en Febres Dentistry for Children. Es por eso que autorizo a (nombre de persona autorizada) _____ para lo siguiente:

Seleccione una opción de cada categoría

Aprobación de cambios en el tratamiento

Autorizo a esta persona a tomar decisiones sobre el cuidado dental (incluye cualquier tipo de procedimiento y/o tratamiento) y consentir a procedimientos en caso de que no me puedan contactar por teléfono.

Autorizo a esta persona para aprobar tratamientos y dar consentimiento para su ejecución *sin tener que contactarme*.

Como se pagara el saldo del paciente

Llamar por telefono para dar la información de la tarjeta de crédito. *El representante debe estar disponible para atender llamadas durante la visita.*

El pago será enviado con la persona responsable del niño (niña)

Tiempo de validez

Esta forma permanecerá vigente hasta que yo envíe una notificación escrita para revocarla.

Esta forma SOLO ES VALIDA entre las siguientes fechas.

Fecha de validez: _____ / Fecha de vencimiento: _____

X _____ Date: _____

(Firma del representante legal)

Teléfono celular _____ Teléfono de oficina _____