

MY KIDZ DENTISTA

"Odontología y Ortodoncia para Niños y Adolescentes"

1515 E. Bethany Home Road
Suite 140
Phoenix, AZ 85014
(602) 995-7336
Fax: (602) 995-2665

9305 W. Thomas Rd.
Suite 580
Phoenix, AZ 85037
(623) 474-2470
Fax: (623) 474-2477

19636 N. 27th Ave.
Suite 403
Phoenix, AZ 85027
(623) 879-8866
Fax: (623) 298-0386

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

La siguiente persona(s), incluyendo padrastros, abuelos, miembro de la familia, o amigos de por lo menos 18 años de edad, tienen mi permiso para traer y dar consentimiento en **cambios al tratamiento para:**

Nombre del Paciente: _____ F.D.N. ____ / ____ / ____
Nombre del Paciente: _____ F.D.N. ____ / ____ / ____
Nombre del Paciente: _____ F.D.N. ____ / ____ / ____
Nombre del Paciente: _____ F.D.N. ____ / ____ / ____
Nombre del Paciente: _____ F.D.N. ____ / ____ / ____

a My Kidz Dentista, para el cuidado dental y tratamiento(s). Las personas debajo también pueden recibir asesoramiento dental; podrán recoger prescripciones necesarias que no sean sustancias controladas, rayos-x; Inquirir y recibir información financiera sobre el paciente arriba en persona o por teléfono.

Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____
Estado: _____ Código Postal: _____
Relación: _____
Telefono: (____) _____ - _____

Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____
Estado: _____ Código Postal: _____
Relación: _____
Telefono: (____) _____ - _____

(Firma del Padre o Tutor Legal)

Fecha: ____ / ____ / ____