



## AUTORIZACIÓN NO PARENTAL

autorizar \_\_\_\_\_

(nombre de la persona que trae al paciente/menor)

para acompañar a mi hijo \_\_\_\_\_ a su dentista citas durante mi ausencia.

Apruebo los siguientes tratamientos que se le deben hacer a mi hijo:

- \_\_\_ Examen
- \_\_\_ Radiografías
- \_\_\_ Limpieza
- \_\_\_ Fluoruro
- \_\_\_ Fluoruro de diamina de plata
- \_\_\_ Rellenos de resina compuesta
- \_\_\_ coronas/ Pulpotomía
- \_\_\_ Extracciones
- \_\_\_ Mantenedores de espaciadores

Solicito ser contactado al número de teléfono que aparece a continuación si hay algún cambio en el plan de tratamiento, si se necesitan otras recomendaciones durante el tratamiento.

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

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

nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_