

Smile Starters
General Dentistry for Youth
first tooth through age 20

**CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y REVELACION DE LA
INFORMACION DE SALUD DEL PACIENTE**

Por favor escriba los nombres de todos los niños que atienden esta clínica:

Si usted quisiera que otra persona tenga acceso a la información de salud del niño(a), o si alguien que no sea usted acompañe a su niño(a) a la clínica, por favor escriba los nombres de esas personas y la relación con el paciente en el espacio provisto abajo:

YO, _____, AUTORIZO A LAS PERSONAS NOMBRADAS
AQUI A TRAER A MIS NINOS A SUS CITAS DENTALES Y TOMAR LAS DECISIONES NECESARIAS
EN CASO DE TRATAMIENTO Y EMERGENCIA.

Firma del padre/Guardian legal

X _____
Firma del padre/Guardian legal

Rafael Rivera Jr., DDS, PLLC