

Consent for Treatment of a Minor-SPN



Consentimiento para el tratamiento de un niño menor de edad

Información del paciente del menor

Nombre *

Apellido *

Inicial del segundo nombre

Yo,

Nombre del padre / tutor

, siendo el **padre o tutor**, por la presente solicito y autorizo a Relax Dental/ Dr. Rafael / Dr. Vivek y su personal a realizar los servicios necesarios para mi hijo que el médico considere aconsejables, esté o no presente en el cita.

Nombre del menor a tratar *

Nombre

Apellido *

Formulario de Firma

Según mi leal saber y entender, las preguntas de este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o la del paciente). Es mi responsabilidad informar al consultorio dental de cualquier cambio en el estado médico.

Yo mi consentimiento para usar registros y firmas electrónicas (Leer registro electrónico y divulgación de firmas)

Relación con el paciente

Nombre

Firma

Fecha

12/04/2024