

**Información del Niño/a o Paciente Quien Vamos a ver hoy**

**Nombre:**

**Domicilio: Apt#:**

**Ciudad: Estado: Código Postal:**

**Tel#: Trabajo#: Email :**

**Género: H M Edad: Fecha De Nacimiento:**

**SS# Aseguranza/ CHP+/Medicaid#:**

**Información del Pariente Responsable Solamente si el Paciente Tiene Menos de 18 años de edad**

**Nombre:**

**Género: H M Edad: Fecha De Nacimiento:**

**SS#: Aseguranza/ CHP+/Medicaid#:**

**Tele #: Relación al Paciente:**

**Consentimiento de los Pacientes para el Tratamiento Dental**

Yo aquí doy mi permiso para diagnosticar y/o tratamiento dental a Del Mar Kid’s Dental Care. Para mí mismo o para mi hijo/a menor; bajo el nombre en esta aplicación. Dico tratamiento puede incluir el desgarramiento de:

Anestesia, Medicamentos o Prescripciones, Radiografías, Moldes, Extracciones, Selladores, Reñenos, Reconstrucción de dientes, Endodoncias (canal de raíz), Ortodoncia (Frenos), Periodoncista (serugía para las encías), blanca miento hecho en la oficina o para llevarlo a la casa.

Además se entiende que la información de la salud médica que se me ha presentado en esta aplicación es exacta información a mi mejor reconocimiento de mi mismo o mi hijo/a menor.

Firma del Paciente o Guardián Fecha De Hoy