

Salina Family Healthcare Center
A Federally Qualified Community Health Center
651 E. Prescott, Salina, KS 67401
Medical Center ~ (785) 825-7251
Dental Center ~ (785) 826-9017
Pharmacy ~ (785) 452-3900

**Autorización para tratamiento del menor
Dental**

Nombre del menor: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Yo por la presente juro solemnemente que tengo custodia legal del antedicho menor de edad.
Yo concedo la autorización y consentimiento para las siguientes persona (s) alistadas abajo de autorizar al personal de Salina Family Healthcare Center de proporcionar asistencia dental al mencionado menor de edad.

Los Servicios pueden incluir, pero no se limitan a examen; prevención y/o tratamiento, rayos x, servicios del laboratorio, diagnóstico médico y quirúrgico; diagnóstico preventivo, restaurativa, o la cirugía oral (incluyendo las extracciones); las vacunas, inyecciones terapéuticas; inyecciones de alergia; anestesia local; evaluación de salud mental y abuso de sustancias, diagnóstico, plan de tratamiento, las sesiones; y cualquier consulta necesaria según el criterio del médico.

Se entiende que esta autorización se da en adelantado de cualquier diagnóstico específico, el tratamiento o el cuidado que se requiere y es dado para proporcionar el consentimiento para el tratamiento en mi ausencia o incapacidad.

Nombre de lista(s) de las personas 18+ que concede la autorización al consentimiento para tratamiento dental del menor de edad

- 1.) _____ Relación: _____
2.) _____ Relación: _____
3.) _____ Relación: _____

El adulto que acompaña al menor debe tener un actual y confiable método de contacto con el padre/Guardián legal si es necesario.

Este consentimiento permanecerá en efecto hasta que sea revocada por escrito, por el padre(s) o Guardián (s), o hasta que el menor esté en condiciones de expresar su consentimiento para su propio tratamiento.

Firma de Padre /Guardián legal

Fecha de hoy

Certificate of Acknowledgement of Notary Public:

(Notary Seal)

STATE OF _____

COUNTY OF _____

SUBSCRIBED AND SWORN TO before me this _____ day of _____, 20__.

Notary Public Signature

Commission Expiration Date

For official use only. Scanned: Dental