

**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 médica, dental, salud mental o el tratamiento para el abuso de sustancias 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 médico y 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:     Medical     Dental