RGV endodontics LLP

Endodontists
Dr. Iván E. Rodríguez
Dr. Adalí Efraín Vélez
Dr. Ernesto G. Treviño

www.valleyendopractice.com

1610 E. Harrison Ave.
Suite A
Harlingen,TX 78550
(956) 412-9500
(956) 412-1146 fax

5421 S. McColl Rd.
Stoneridge Business Park
Edinburg, TX 78539
(956) 994-9500
(956) 686-4095 fax

AUTORIZACION – DENTAL CUIDADO DE UN MENOR DE EDAD PADRE NO PRESENTE

Fecha: _____

Paciente: _____

Fecha de Nacimiento del Paciente: _____

Persona(s) autorizadas a compañar a mi hijo(a):

Nombre _____ Relación al menor: _____

Nombre _____ Relación al menor: _____

Nombre _____ Relación al menor: _____

Esto es una autorización para la oficina de los doctors, Iván E. Rodríguez, D.M.D., Adalí Efraín Vélez, D.M.D., y/ó Ernesto G. Treviño, D.D.S., y su equipo professional ya que pueden designar, para dar el cuidado dental de mi hijo(a). Doy mi consentimiento a cualquier atención dental que abarca diagnostico o tratamiento dental cual mi dentista o sus designados estime necesario para la salud dental de mi hijo(a) y su bien estar.

Esta autorización permanecerá eficaz al menos que sea revocada mediante aviso por escrito.
Número de teléfono donde los padres pueden contactarse durante el tratamiento,Si es necesario:

Número de teléfono celular: _____

Número de teléfono del trabajo: _____

_____ _____
Firma del Padre o Representante Legal Fecha

_____
Relación al Paciente

_____ _____
Testigo Fecha