



## Authorization for Caregiver/Guardian

***This is an important legal form. Before signing this form, you should understand the following facts:***

This form gives your permission to the person you choose to accompany your child to his/her dental appointment for any authorized treatment including: treatment, radiographs, services or procedures to diagnose or treat your child's dental condition. **NOTE: Restorative treatment will NOT be completed unless the parent/legal guardian has discussed the necessary treatment with the provider at a previous visit and consented to treatment.**

I, \_\_\_\_\_, the parent of \_\_\_\_\_, patient's DOB \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ hereby appoint \_\_\_\_\_, who is the patient's (state relationship) \_\_\_\_\_, to accompany my child for his/her dental appointment. This note is effective ONLY for this **current visit** if either biological parent/ legal guardian is unable to bring the child to receive dental care services. **A new note must be completed for every visit.**

Appointee's Address: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

I affirm that I am the parent or legal guardian for the above named minor child. I am unable to accompany my child. I give permission for the individual named above to escort my child for dental treatment on:

\_\_\_\_\_  
(Date)

Parent/Legal Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Print: \_\_\_\_\_  
You can reach me at this phone number: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_.

The Appointee acknowledges the ***responsibility to pay*** for dental services provided in accordance with the health care center's policies.

\_\_\_\_\_  
Initials

\_\_\_\_\_  
Parent's/Guardian's Name

\_\_\_\_\_  
Parent's/Guardian's Signature

\_\_\_\_\_  
Date





## Autorización para el Cuidador/Guardián

***Esta es una forma legal importante. Antes de firmar este formulario, usted debe entender los siguientes hechos:*** Este formulario autoriza a la persona que elija a acompañar a su hijo a su cita dental para recibir cualquier tratamiento autorizado que incluye: tratamiento, radiografías, servicios o procedimientos para diagnosticar o tratar la condition dental de su hijo/a. ***Por favor notar: El tratamiento para las caries NO se completará a menos que el padre / tutor legal haya discutido el tratamiento necesario con el proveedor en una visita previa y haya dado su consentimiento para el tratamiento.***

Yo, el padre de \_\_\_\_\_, con la fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, designo a \_\_\_\_\_, que es la relación (estado) \_\_\_\_\_, que acompañe a mi hijo/a a su cita dental. Esta autorización es SOLO válida para **esta visita** actual si alguno de los padres biológicos/tutor legales no podemos llevar al niño/a para recibir servicios de cuidado dental. **Se debe completar una nueva autorización para cada visita.**

Dirección de Designado: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Confirmando que soy el padre o tutor legal del menor mencionado anteriormente. No puedo acompañar a mi hija/o. Doy permiso para que la persona mencionada acompañe a mi hija/o a su tratamiento dental en:

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Imprima nombre: \_\_\_\_\_

Se puede comunicar por teléfono: \_\_\_\_\_

La persona designado reconoce la ***responsabilidad de pagar*** por los servicios médicos prestados de conformidad con las pólizas del centro médico de salud.

\_\_\_\_\_  
Iniciales

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/tutor legal:

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha