

Legal Guardian Authorization Form

Practice Name: _____

Patient's Name (printed): _____

Date of Birth: _____

Legal Guardian Name (printed): _____

I authorize the following persons below to take my child to and from his/her appointments, and to make all necessary decisions to complete major and or minor procedures including (please check all that apply):

Name: _____ Relationship to patient: _____

Name: _____ Relationship to patient: _____

- Schedule Appointments
- Dental cleaning that may include; Examination, Radiographs, Prophylaxis, Periodontal treatment & Fluoride treatment
- Use of Nitrous Oxide Analgesia
- Oral Surgery
- Basic and Major Restorative Treatment
- Orthodontic Appointments
- Go over financial information (co-payments, past due balance, account history)
- Vision Appointments
- Pick Up Patients Glasses &/or Contact Lenses

I **DO NOT** authorize anyone else besides the guardian(s) listed on the Welcome New Patient Intake form to bring my child to his/her appointments

Legal Guardian Signature: _____ Date: _____

THIS FORM EXPIRES ONE YEAR FROM SIGNED DATE. CHANGES MAY BE MADE WITH ANY STAFF MEMBER AT ANY TIME

Formulario de autorización del tutor legal

Clínica: _____

Nombre del paciente (en imprenta): _____

Fecha de nacimiento: _____

Tutor legal (en imprenta): _____

Autorizo a las personas cuyos nombres aparecen a continuación para que lleven y traigan a mi hijo o hija a sus citas y para que hagan las decisiones necesarias con el fin de completar todos los procedimientos mayores y menores, incluso (marque todas las opciones que correspondan):

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

- Haga Citas
- Limpieza dental que puede incluir; Exámenes dentales, radiografías, profilaxis, tratamiento periodontal y tratamientos con fluoruro
- El uso de analgesia con óxido nitroso
- Cirugía oral
- Restauraciones menores y mayores
- Citas de ortodoncia
- El repaso de la información financiera (copagos, saldo de vencimiento atrasado, antecedentes de la cuenta)
- Citas de la vista
- Para recoger gafas o lentes de contacto para el paciente

NO autorizo a nadie mas fuera de los tutores que se enumeran el formulario de admisión de pacientes nuevos para que lleve a mi hijo o hija a sus citas

Firma del Tutor legal: _____ Fecha: _____

ESTE FORMULARIO VENCE UN AÑO DESPUÉS DE LA FECHA DE LA FIRMA. SE PUEDEN EFECTUAR CAMBIOS EN CUALQUIER MOMENTO CON CUALQUIERA DE LOS MIEMBROS DEL PERSONAL.