



## Autorización para dar Permiso al Cuidado Del Menor

**Para que se atienda a niños menores cuando un representante legal no se encuentre presente**

Yo/Nosotros, \_\_\_\_\_, [*Insertar nombre del padre(s)/representante legal*] padre (s)/representante(s) legal(es) del niño, \_\_\_\_\_, [*Insertar nombre y fecha de nacimiento del niño*] autorizamos a \_\_\_\_\_ “Cuidado” [*Insertar nombre del cuidador adulto distinto a los padres y representantes legales*] para que dé permiso y tome decisiones dentales y de salud por mi hijo, incluyendo, entre otras cosas:

- Que autorice y acompañe al niño en los procedimientos odontológicos, médicos y en la administración de los medicamentos, tal y como lo prescribe el odontólogo o proveedor de servicios de salud.
- Que se le dé acceso completo a los registros del niño tanto odontológicos como médicos (de forma verbal y escrita), incluyendo la información relacionada a diagnósticos, tratamiento y opciones, las cuales se me hubiesen presentado como padre/representante legal del niño.
- Que autorice, tanto escrita como verbalmente, los procedimientos odontológicos, incluyendo aquellos que conlleven una responsabilidad financiera. Yo entiendo que soy el único responsable por cualquier copago, cargos, costos o cobros que el Cuidador autorice.

Esta autorización es vigente hasta el \_\_\_\_\_, o hasta que le presente a Familia Dental una notificación, por escrito, regida por las leyes del estado en el que el niño recibió tratamiento y en donde se indique la expiración de la misma.

**Yo entiendo que, a pesar de esta Autorización, Familia Dental, sus empleados y su personal, en su absoluta discreción, pueden optar por no atender al niño, requiriendo mi presencia durante el tratamiento o cuidado de mi hijo para poder hacerlo.**

Alergias y cualquier problema médico del niño: \_\_\_\_\_

Medicamentos recientes y actuales que toma el niño: \_\_\_\_\_

Doctor principal del niño: \_\_\_\_\_

Números de teléfono: \_\_\_\_\_

### **Fecha y firmas del padre/representante legal**

Firma del padre o representante legal: \_\_\_\_\_/Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y firma del testigo: \_\_\_\_\_/Fecha: \_\_\_\_\_

### **Información y firma del cuidador distinto al padre/representante legal:**

Yo entiendo y acepto la autorización anterior para el cuidado del niño. **Yo traeré a esta cita un documento válido que verifique mi identidad.**

Nombre del cuidador: \_\_\_\_\_/Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del cuidador: \_\_\_\_\_

Domicilio y teléfono del cuidador: \_\_\_\_\_

Nombre y firma del testigo: \_\_\_\_\_/Fecha: \_\_\_\_\_