



**Autorización para que personas que no son padres/tutores den su consentimiento para el cuidado del menor**

**Para tratar a niños menores de edad cuando un padre/tutor legal no está presente**

Yo/Nosotros, \_\_\_\_\_,  
[Inserte los nombres de los padres/tutores legales] Padre(s)/tutor(es) legal(es) del menor,

\_\_\_\_\_  
[Insertar el nombre y la fecha de nacimiento del menor de edad] autorizar

\_\_\_\_\_  
"cuidador" [insertar nombre del adulto Cuidador que no es padre/tutor no legal] para dar su consentimiento y tomar decisiones dentales y de atención médica para mi hijo menor de edad, que incluyen, entre otras:

- Para consentir y acompañar al menor en procedimientos dentales, médicos o de atención médica y la administración de medicamentos según lo prescrito legalmente por el dentista o proveedor de atención médica.
- Tener acceso completo a los registros dentales y de salud del menor (registros verbales y escritos), incluida la información sobre el diagnóstico, el tratamiento y las opciones, que el dentista o proveedor de atención médica me habría dado directamente como padre / tutor legal del niño menor.
- Dar consentimiento escrito y verbal para procedimientos dentales, incluidos aquellos con responsabilidad financiera. Entiendo que soy y sigo siendo el único responsable de cualquier copago, cargo, costo u tarifa a la que el Cuidador dé su consentimiento.

Esta autorización finaliza el \_\_\_\_\_, 2024, o hasta que proporcione a Familia Dental un aviso por escrito que lo termine y se rija por las leyes del Estado donde el niño menor recibió tratamiento.

**Entiendo que, a pesar de esta Autorización, Familia Dental, sus empleados y personal, a su entera discreción, pueden decidir no tratar a un niño menor de edad y, en cambio, requerir mi presencia durante el tratamiento o cuidado de mi hijo menor.**

Alergias de niños menores y cualquier problema de salud: \_\_\_\_\_

Medicamentos recientes y actuales del menor: \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria del niño menor: \_\_\_\_\_

Teléfono #s: \_\_\_\_\_

**Firmas y fecha de los padres/tutores legales**

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

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

**Información y firma del cuidador que no es padre/tutor no legal:**

Entiendo y acepto la autorización como se describe anteriormente para la atención dental/médica de un niño menor. **Traeré a esta cita una identificación válida que verifique mi identidad.**

Nombre del no padre/tutor no legal: \_\_\_\_\_/Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de no padre/tutor no legal: \_\_\_\_\_

Dirección y teléfono del cuidador que no es padre/tutor no legal: \_\_\_\_\_

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