



## Formulario de Autorización para Menores no Acompañados

(por favor, rellene un formulario distinto para cada niño)

Yo, el abajo firmante, doy fe de que soy el padre o tutor legal del niño nombrado a continuación y autorizo a Aland Family Dentistry (AFD) a tratar a mi hijo a pesar de que yo no esté presente en su consultorio. Sé que todos los costos asociados con esta cita son mi responsabilidad y autorizo el pago a AFD del saldo adeudado a través del método que he seleccionado a continuación. Entiendo que, si mi hijo requiere de servicios preventivos además de una limpieza y un examen de rutina, como selladores, fluoruro y/o radiografías, AFD considerará mi firma en esta autorización como un consentimiento para realizar estos servicios, a menos que yo me contacte con ellos antes de la hora de la cita para declinar verbalmente.

Estoy de acuerdo en eximir de responsabilidad a AFD en caso de que ocurra un cambio imprevisto en el tratamiento y no se me pueda localizar en el número que figura abajo. Estoy de acuerdo en responder o devolver cualquier llamada hecha por AFD dentro de los 5 minutos siguientes a su intento de contactarme en relación con el cuidado de mi hijo, o ellos pueden reservarse el derecho de proceder como lo consideren razonablemente necesario.

Firma del Padre o Tutor Legal: \_\_\_\_\_

Nombre en Letra Imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre Completo del Niño: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Durante la cita, me pueden localizar en: \_\_\_\_\_

Método de pago autorizado: (por favor marque con un círculo)

Efectivo Cheque# y cantidad: \_\_\_\_\_

Tarjeta de crédito: \_\_\_\_\_ (número de cuenta)

\_\_\_\_\_ (firma del titular de la cuenta)

\_\_\_\_\_ (fecha de caducidad MM/AA)

Care Credit: \_\_\_\_\_ (número de cuenta)

\_\_\_\_\_ (firma del titular de la cuenta)