

# KOOL KIDZ DENTIST & ORTHODONTICS

18 Rancho Camino Dr. Suite 104 Pomona, CA 91766 – (909)622-7444 – Fax (909)622-0550

## Permiso de Acompañante

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Paciente: \_\_\_\_\_

En mi ausencia doy autorización a la persona indicada de bajo para traer a mi hijo/a a Kool Kidz Dentist y Orthodontics. Doy mi consentimiento para todas las ayudas de diagnóstico, incluyendo radiografías, fotografías, servicios dentales recomendados y actualizar el historial de salud del paciente. **El padre/madre legal debe acompañar al niño/a a la primera cita dental.**

Nombre de Acompañante: \_\_\_\_\_

Numero de telefono de acompañante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento de acompañante (21 o mayor) \_\_\_\_\_

Relacion con meñor: \_\_\_\_\_

Fecha de acompañante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Este consentimiento permanecerá vigente durante 90 días o hasta que el padre / tutor realice los cambios que se firman a continuación.

Padres/Acompañante acepta pagar en el momento en que se prestan los servicios. El formulario de historial de salud del paciente debe completarse y adjuntarse con el consentimiento del acompañante.

Tenga en cuenta que **la identificación con foto** será necesaria el día del servicio.

\_\_\_\_\_  
Nombre de Padre escrito/ Tutor legal

\_\_\_\_\_  
Numero del telefonò

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/ Tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha