



CONSENTIMIENTO PARA UNA EVALUACION DENTAL

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Asistir a la escuela: _____

Nombre del padre/tutor legal: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado Código postal: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Si, deseo que Community Health Care me llame para programar un cita dental.

Al firmar abajo, yo doy **permiso para recibir una evaluación dental sin que se hayan realizado rayos X** por un dentista de Community Health Care.

También entiendo que recibir esta evaluación no establece ninguna relación médico-paciente nueva, permanente o continua. Tengo la libertad de establecer tal relación de médico-paciente para mi hijo en el futuro con el dentista que efectuó esta evaluación u otro dentista de mi elección. Además, no hago responsable al dentista o a aquellos que efectúen esta evaluación de las consecuencias de salud oral o los resultados si elijo No seguir las recomendaciones del dentista.

Por la presente autorizo al médico y / o asistentes para que proporcionen el tratamiento dental que se ha descrito arriba.

Firma del Padre/ Tutor /Adulto

Fecha

Firma del Dentista

Fecha



MEDICAL • DENTAL • PHARMACY

CONSENT FOR DENTAL SCREENING

Name: _____

Birthdate: _____

School attending: _____

Parent/Legal Guardian Name: _____

Address: _____

City, State Zip: _____

Phone: _____

Email: _____

Yes, I want Community Health Care to call me to make a dental appointment

By signing below, I give **permission for a dental screening without x-rays to be** performed by a Community Health Care dentist.

I also understand that receiving this dental screening does not establish any new, ongoing or continuing doctor-patient relationship. I am free to establish such a doctor-patient relationship for my child in the future with the dentist performing this screening or another dentist of my choice. Further, I will not hold the dentist or those performing this assessment responsible for the oral health consequences or results should I choose NOT to follow the dentist's recommendations.

I hereby authorize and direct the doctor and/or assistants to provide the dental treatment described above.

Parent/Guardian/Adult Signature Date

Dentist Signature Date