Authorization – Non-Parent/Guardian to Accompany Patient

Periodically there may be times when you are unable to bring your child to the office for an appointment and need to rely on a family member or friend. We understand these circumstances; however, we must have a written authorization letter allowing this person to accompany your child(ren). The person bringing your child will need to present photo identification at each time of service.

This authorization gives the person listed below permission to bring your child(ren) to appointments and speak to the doctor regarding protected health information. Furthermore, this authorization allows the person(s) listed below the authority to give authorization and consent for:

□ Make all decisions regarding dental health with no restrictions, including extractions, restorative work, and/or other permanent procedures. Please list all known allergies: _____

OR Only:

□ Examinations
□ X-rays
□ Fluoride
□ Treatment
□ Medication: Please list all known allergies: _____
□ Anesthesia (includes Nitrous Oxide and conscious sedation medications)
□ View medical and insurance records
□ View Bill/Account information

I, _____, give the person(s) listed below permission to bring my Child(ren) to **Vital Smiles GA** and to discuss and share medical information about my child(ren).

This consent will remain in effect until _____ (expiration date). If no expiration date is given, then this consent will remain in effect until it is revoked by notifying our office, in writing.

I understand I am responsible for any expenses incurred in my absence.

Child's Name: _____ DOB: _____

Child's Name: _____ DOB: _____

(IF ONLY PARENTS CAN BRING CHILD IN, PLEASE INDICATE 'NONE')

_____ _____
Name of Person (allowed to bring child) Relationship

_____ _____
Name of Person (allowed to bring child) Relationship

_____ _____
Signature (Parent/Guardian) **Date**

For any questions regarding this consent, please contact me at the below information. I will try to stay available during my child(ren)'s appointment time to answer any questions that may arise.

Parent/Legal Guardian Name:
_____

Check Preferred Phone #:
□ Home Phone: _____
□ Cell Phone: _____
Address:_____
_____

Additional Parent/Legal Guardian Name:
_____

Check Preferred Phone #:
□ Home Phone: _____
□ Cell Phone: _____
Address:_____
_____

Autorización - No Padre / Tutor para Acompañar al Paciente

Periódicamente puede haber ocasiones en las que no pueda llevar a su hijo a la oficina para una cita y necesite confiar en un familiar o amigo. Entendemos estas circunstancias; Sin embargo, debemos tener una carta de autorización escrita que permita que esta persona acompañe a su (s) hijo (s). La persona que trae a su hijo tendrá que presentar una identificación con foto en cada momento de servicio.

Esta autorización otorga a la persona mencionada a continuación el permiso para traer a su (s) hijo (s) a citas y hablar con el médico con respecto a la información médica protegida. Además, esta autorización permite que la persona o personas indicadas a continuación autoricen y den consentimiento a:

□ Tomar todas las decisiones relacionadas con la salud dental sin restricciones, incluyendo extracciones, rellenos, coronas, pulpotomias y / u otros procedimientos permanentes. Por favor liste todas las alergias conocidas _____

** O ** Sólo:

□ Exámenes
□ Rayos X
□ Fluoruro
□ Tratamiento
□ Medicamentos: Por favor liste todas las alergias conocidas: _____
□ Anestesia (incluye Óxido Nitroso y medicamentos de sedación consciente)
□ Ver los registros médicos y de seguro
□ Ver información de cuenta / cuenta

Yo, _____, le doy a la (s) persona (s) mencionada (s) abajo permiso para traer a mi (s) Hijo (s) a **Vital Smiles GA** y discutir y compartir información médica sobre mi (s) hijo (s).

Este consentimiento permanecerá en vigor hasta _____ (fecha de vencimiento). Si no se da una fecha de caducidad, entonces este consentimiento permanecerá en vigor hasta que sea revocado notificando a nuestra oficina, por escrito.

Entiendo que soy responsable de los gastos incurridos en mi ausencia.

Nombre del niño(a): _____ DOB: _____
Nombre del niño(a): _____ DOB: _____
Nombre del niño(a): _____ DOB: _____
Nombre del niño(a): _____ DOB: _____
Nombre del niño(a):: _____DOB: _____

(SI SOLAMENTE LOS PADRES PUEDEN TRAER AL(OS) NIÑO(S), POR FAVOR INDIQUE 'NONE')

_____ _____
Nombre de la persona (permitido traer al niño) Relación

_____ _____
Nombre de la persona (permitido traer al niño) Relación

_____ _____
Firma (padre / tutor) **Fecha**

Para cualquier pregunta sobre este consentimiento póngase en contacto conmigo en la siguiente información. Voy a tratar de estar disponible durante el tiempo de cita de mi hijo (s) para responder a cualquier pregunta que pueda surgir.

Nombre del padre / tutor legal: _____
Marque el número de teléfono preferido:
□ Teléfono de la casa: _____
□ Teléfono celular: _____
Dirección: _____
_____

Nombre adicional del padre / tutor legal: _____
Marque el número de teléfono preferido:
□ Teléfono de la casa: _____
□ Teléfono celular: _____
Dirección: _____
_____