

Numero de Polica:0600.01

Exposicion:B

CONSENTIMIENTO AUTORIZADO Y NOMBRAMIENTO DEL AGENTE

Autorizo al dentista y / o higienista del Departamento de Salud de Lincoln para que cargue con cual quier orden dental, examen, y / o tratar a mi hija/o _____, en mi ausencia encordinada con los horarios y policas del Departamento de Salud.

Por adelantado, y por este medio nombro a _____ (adulto mayor de 19 años de edad), como mi agente y representante con el proposito de autorizar y consentir la atención hospitalaria y /o atencion medica del niño/a nombrado arriva por cual quier reaccion a medicina , enfermedad, o lesión mientras dicha persona está bajo el cuidado del agente, y cuando yo no este disponible imediatament para dar consentimiento.

Ha avido algun cambio de sauld medica o dental del niño/a desde la ultima vistia al Dentista?

Si No

Alergias

Medico de Familia

Numero de telefono del Medico

Fechado el dia _____ de _____, 20_____

Padre o Guardian legal

Direccion

Numero de Telefono

Testigo

Esta declarasion puede ser revocada por escrito en cual quier momento y se clausura en cual quier evento despues de 60 dias de ser firmado.

Revisado3/13/14

