



PERMISSION FOR TREATMENT OF CHILDREN  
PERMISO PARA EL TRATAMIENTO DE NIÑOS

NOMBRE NIÑO/NIÑA/FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

NOMBRE PADRE O MADRE/TUTOR [GUARDIÁN]: \_\_\_\_\_

Si no puedo traer a mi hijo/hija a una cita médica/de salud mental o dental, doy permiso para que la(s) persona(s) enumerada(s) a continuación acompañe(n) a mi hijo/hija a visitas al Keystone Health Center [Centro de Salud Keystone]. También él o ella puede aprobar los tratamientos para mi hijo/hija durante la visita incluyendo las inyecciones y los procedimientos dentales y médicos menores.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**Aviso:** A veces, es posible que el proveedor/la proveedora decida que el padre o la madre tenga que estar presente durante ciertos procedimientos dentales: extracciones, tratamiento de conducto radicular, procedimientos quirúrgicos, visitas con nitroso y visitas al quirófano.

Este permiso permanece vigente hasta que sea revocado por escrito.

\_\_\_\_\_  
Firma padre o madre/tutor [guardián]

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha