

## AUTORIZACIÓN PARA EL CUIDADO DE UN MENOR

### PARA SER COMPLETADO POR EL MIEMBRO O PADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL MIEMBRO

Yo, \_\_\_\_\_, soy el/la \_\_\_\_\_ del/los menor(es) nombrado(s)  
(Escriba Su nombre legal completo) (Relación con el/los menor(es))

A continuación: \_\_\_\_\_  
(Escriba el nombre legal completo del menor) (No. De Seguro Social) (Fecha de nacimiento)

\_\_\_\_\_  
(Escriba el nombre legal completo del menor) (No. De Seguro Social) (Fecha de nacimiento)

\_\_\_\_\_  
(Escriba el nombre legal completo del menor) (No. De Seguro Social) (Fecha de nacimiento)

Yo soy el guardián o representante legal del menor(es) nombrado(s) anteriormente y tengo la autoridad de tomar decisiones del cuidado de salud y autorizar tratamientos para el/la(los) menor(es) nombrados anteriormente. En mi ausencia, Yo concedo y autorizo a las siguientes personas el derecho y poder de traer a el/la/los menores a la clínica dental para sus servicios, para tomar decisiones de cuidado de salud, y a autorizar tratamiento(s) como se le recomiende el dentista del menor:

\_\_\_\_\_  
(Nombre complete de la persona a autorizar) (Relación con el/los Menor)

\_\_\_\_\_  
(Nombre complete de la persona a autorizar) (Relación con el/los Menor)

\_\_\_\_\_  
(Nombre complete de la persona a autorizar) (Relación con el/los Menor)

Yo, autorizo y concedo el poder a las personas descritas anteriormente a firmar cualquier formulario de consentimiento, formularios de autorización, renuncias y otros formularios requeridos por Advantage en mi nombre para proceder con el tratamiento dental como es recomendado por el dentista del menor(es). Firmando a continuación, Estoy de acuerdo a pagar y ser responsable por cualquier tratamiento autorizado en mi ausencia. Comprendo que esta autorización será efectiva hasta que le dé a Advantage la notificación de cancelación por escrito o hasta que yo modifique el formulario cuando llene uno nuevo.

\_\_\_\_\_  
Firma del guardián o representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba su nombre legal completo

\_\_\_\_\_  
Relación con el menor (es)

\_\_\_\_\_  
Testigo