**AUTORIZACION**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizo a las siguiente(s) persona(s) que tomen decisiones dentales sobre cualquier tratamiento cuando yo no esté disponible a traer a mi hijo/hija a sus citas dentales:

ABUELO(S):

1)

2)

TIO/TIA:

1)

2)

3)

4)

OTRO:

1)

2)

3)

4)

Al firmar yo entiendo que le estoy dando permiso a las personas mencionadas para que pueden tomar cualquier decisión acerca del tratamiento de mi hijo/hija.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature of parent or guardian