



DENTISTRY FOR CHILDREN

Jordan Tarver, D.M.D.-Aaron Scheps, D.D.S.

www.LakelandPediatricDentistry.com
1111 N. PARKWAY FRONTAGE RD. - LAKELAND, FL 33803
PHONE: (863) 644-2408 FAX: (863) 646-8493

Yo como padre de (_____) (_____) doy permiso
Nombre y apellido del paciente Fecha de nacimiento

para que (_____) acompañe y de su consentimiento completo
Nombre y apellido del adulto acompañante

a Dr. Tarver, Dr. Scheps, Dr. Depew, Dr. Luce y su personal de oficina para los siguientes procedimientos dentales: examen, limpieza, aplicación de flúor, radiografías necesarias para el diagnóstico apropiado, tratamiento necesario, sedación consciente, y óxido nitroso.

Yo doy mi consentimiento y autorizo al Dr. Tarver, Dr. Scheps, Dr. Depew, Dr. Luce y su personal de oficina que discutan la historia personal médica/dental acerca de mi hijo(a) con el adulto arriba autorizado.

Yo le pido y autorizo al Dr. Tarver, Dr. Scheps, Dr. Depew, Dr. Luce y su personal de oficina en examinar, limpiar, aplicar flúor y proporcionar a mi hijo con el tratamiento dental completo incluyendo pero sin limitación a: plata/rellenos blancos, coronas, extracciones, impresiones, mantenedores de espacio, puente pediátrica, selladores, sedación consciente, y el óxido nitroso. Además yo solicito y autorizo la toma de radiografías dentales que se consideren necesarias por el Dr. Tarver, Dr. Scheps, Dr. Depew, y el Dr. Luce para diagnosticar y/o tratar la condición dental de mi hijo(a).

Yo entiendo que el tratamiento dental puede cambiar. Autorizo el adulto nombrado arriba para que dé su consentimiento a los cambios del tratamiento que se consideren necesarios por los dentistas.

Todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción entera y le doy permiso al Dr. Tarver, Dr. Scheps, Dr. Depew, Dr. Luce y su personal de oficina para el tratamiento de mi hijo(a). Entiendo que yo sere responsable de los gastos incurridos por mi hijo(a) del tratamiento dental.

Imprima Su Nombre

Relación al niño/a

Firma

Fecha

Fecha de nacimiento

****Por favor dele a nuestra oficina un número de teléfono en caso de que necesitemos comunicarnos con usted en el día de la cita dental de su hijo(a).****

Número de teléfono
(en caso de emergencia el día de la cita)

Fecha de su cita