

DÉLE A LOS NIÑOS UNA SONRISA
Relación limitada entre doctor y paciente
(GIVE KIDS A SMILE; Limited Doctor/Patient Relationship – SPANISH)

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO
(CONSENT TO TREATMENT)

Yo, _____, reconozco que el Dr. _____ dará tratamiento/examinará a mi hijo(a) a mi solicitud el día de hoy durante el día “Déle a los Niños una Sonrisa”. Estoy enterado(a) que la relación entre mi hijo(a) y el dentista se limita a la consulta del día de hoy. Entiendo que el Dr. _____ no es el dentista de mi hijo(a), y que mi hijo(a) no es su paciente.

Reconozco que el dentista no tiene la obligación de tratar ninguna condición dental que mi hijo(a) pudiera tener, y que debido al tiempo disponible limitado o a ciertas condiciones médicas que mi hijo(a) pudiera tener, es posible que mi hijo(a) no reciba el día de hoy todo el tratamiento dental que requiere.

Entiendo que si el dentista recomienda tratamiento adicional para mi hijo(a), es mi responsabilidad llevar a mi hijo(a) con su dentista, al departamento de salud, con el médico familiar o a la sala de urgencias de un hospital para que reciba la atención necesaria, de ser requerido.

Concedo a la Asociación Dental de Minnesota y a sus agentes el derecho de usar las fotografías, voz, y otras reproducciones del parecido físico de mi hijo(a) y mío para propósitos de anunciar y publicar el programa “Déle a los Niños una Sonrisa” y sus actividades en todas las formas de los medios de comunicación y en perpetuidad.

He leído o me han leído y entiendo y estoy de acuerdo con todo lo anterior, y conforme a lo establecido anteriormente, por la presente doy mi consentimiento para el tratamiento de mi hijo(a).

Nombre del paciente (escriba en letra de molde): _____
(Patient Name (please print))

Firma del padre, madre o tutor legal: _____
(Parent or Legal Guardian Signature)

Testigo: _____
(Witness)

Firma del Doctor: _____
(Doctor Signature)

Fecha: _____
(Date)