



waukesha county
COMMUNITY DENTAL CLINIC

Consentimiento del Tratamiento Dental de un/a Niño/a Menor/a

Yo, (Nosotros) _____ y _____
(nombre) (nombre)

de _____, _____, _____, declaro
(ciudad) (condado) (estado)

que soy (somos) el/la (los) padre(s) o guardián(es) legal(es) de _____,
(nombre)

un/a menor(a), edad _____, nació _____, quien vive conmigo (con nosotros)
(edad) (fecha)

en _____. Mi (nuestro) número del teléfono es _____.
(dirección) (número del teléfono)

Autorizo (autorizamos) a _____, un adulto,
(nombre)

quien vive en _____ en la ciudad de _____,
(dirección) (ciudad)

condado de _____, estado de _____.
(condado) (estado)

para dar consentimiento a cualquier exanimación necesaria, anestésico, diagnóstico dental, cirugía o tratamiento dental para el/la menor/a nombrado arriba bajo la supervisión general o especial y del consejo de cualquier dentista autorizado de practicar odontología en el estado de Wisconsin.

Este día _____ de _____, 20__

Firma del padre o guardián legal.

Firma del padre o guardián legal.