



Phone: 770.925.3300 | TeboDental.com

Autorización para el cuidador para actuar en nombre del padre o Guardián

Nombre del niño(a): _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del niño(a): _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del niño(a): _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del niño(a): _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del cuidador: _____ Numero Telefónico : _____

Relación del cuidador a los niños: _____

El cuidador tiene el poder y la autoridad , en mi nombre : _____

Yo, el padre o tutor de los niños mencionados arriba confío el cuidado de los niños para el cuidador nombrado arriba durante cualquier visita actual o futuro a cualquier oficina de Tebo Dental Group. El propósito de esta autorización es permitir que los niños puedan recibir tratamiento dental cuando no puedo estar presente en persona. Entiendo que sólo los adultos (18 años o más) pueden actuar como cuidadores en virtud de esta autorización .

Para mí comprometerse a pagar todos los cargos por tratamiento dental con el consentimiento de los cuidadores:

Para mí comprometerse a pagar todos los cargos por tratamiento dental con el consentimiento de los cuidadores ; Para designar, mediante notificación por escrito u oral a Tebo Dental Group, por otro adulto (de 18 años) para que actúe como sustituto cuidador y para ejercer todo el poder y la autoridad del cuidador originalmente nombrado en virtud del presente Autorización, siempre que el cuidador originalmente llamado conservará el derecho de terminar el nombramiento del cuidador sustituto en cualquier momento mediante notificación por escrito u oral a Tebo Dental Group que el cuidador sustituto no tendrá la facultad de nombrar a otro cuidador sustituto ; y

Para llevar a cabo cualquier otro acto necesario o apropiado para el ejercicio de los poderes y autoridades que ofrece la presente Autorización de la manera más completa que podría hacer si estuviera presente en persona.

Esta autorización se mantendrá vigente hasta la finalización del tratamiento dental de los niños en Tebo Dental Grupo o hasta que yo revoque esta autorización conforme a lo dispuesto a continuación.

Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación escrita u oral de revocación a la oficina de TEBO DENTAL GROUP en la que los niños están siendo tratados , pero mi revocación no será efectiva para cualquier divulgaciones o acciones realizadas en virtud de esta autorización antes de la recepción de la notificación de revocación .Tebo Dental Group no puede condicionar el tratamiento , la inscripción en cualquier plan de salud o elegibilidad para los beneficios de si o no firmar esta autorización. Estoy autorizando la divulgación de información protegida por las leyes federales .

Esta información, una vez revelada , puede estar sujeta a una nueva divulgación por el recipiente y ya no puede ser protegida por la ley federal . Tengo derecho a recibir, y he recibido una copia de esta autorización .

Yo he leído y entiendo esta autorización.

χ _____
Firma de padre or guardian

Fecha de la Firma: _____

Nombre escrito : _____

Numero Telefónico: _____