



Deborah A. Ashcraft, DMD, PC
PEDIATRIC & ADOLESCENT DENTISTRY

A Quien Pueda Interesar:

Yo, _____ doy permiso a _____

a transportar a mi niño/ninos menores a la oficina de Dr. Ashcraft.. Yo también les autorice para firmar el plan de tratamiento en mi ausencia y de cumplir con el calendario de citas según sea necesario. Con el fin de evitar cualquier retraso en la cita de mi niño/nino's y quedarse en el cumplimiento de la nueva Ley de Privacidad Salud (HIPAA), autorizo al Dr. Ashcraft y su personal de la oficina para hablar sobre el tratamiento, las citas, las tarifas con las mencionadas persona(s) ya sea directamente (en persona) o indirectamente (contacto telefónico). Esto incluye el permiso para administrar un tratamiento sida como; óxido nitroso, valium (sedación) a mi niño/ninos.

Yo entiendo por firmar este acuerdo que permanecerá en vigor hasta el momento en el que puedo elegir, por escrito, para la revocación.

Este acuerdo se aplica a los siguientes hijos:

Contacto Designado: _____

Fecha: _____

Firma del Padre: _____

Fecha: _____

Testigo: _____

Fecha: _____