

**TRANSPORT AND TREATMENT FOR MINORS UNACCOMPANIED
BY PARENTS OR LEGAL GUARDIAN**

I, _____ (printed name of the parent/legal guardian), voluntarily give consent to the rendering of dental care for my minor child(ren) listed below, and I authorize the designated adult named below to transport my child to the dental center for treatment in the event of an emergency or for routine care. I understand that:

- dental care will not be provided to a minor without the written authorization of a parent or legal guardian,
- while the child is receiving the dental treatment, the designated individual authorized to transport my minor child or I must stay in the waiting room.
- a minor child who drives themselves to appointments and must bring a signed authorization for treatment from their parent/legal guardian, and
- my authorization is effective for one (1) year or until revoked in writing by the authorized parent or legal guardian.

Name(s) of Minor Child(ren):

1) Name: _____ Age _____
2) Name: _____ Age _____
3) Name: _____ Age _____
4) Name: _____ Age _____

Use second page or back of this page if there is a need to add additional children.

Individual Authorized to Transport. I agree to remain in the waiting room during treatment:

Signature _____

Name Printed _____ Phone: _____

Relationship to Patient _____ or Relationship to Parent _____

Guardian:

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

Address of Parent/Guardian _____

Home and Work Phones of Parent/Guardian _____

**PERMISO DE TRANSPORTE Y TRATAMIENTO PARA MENORES DE EDAD QUE
NO ES ACOMPAÑADO POR PADRES O TUTOR LEGAL**

Yo, _____ (nombre impreso del Padre/Tutor legal), doy mi consentimiento voluntario para prestar atención dental para mi(s) menor (es) de los niños (s) que figuran a continuación, y autorizo al adulto designado nombrado para transportar a mi hijo al centro dental para recibir tratamiento en caso de una emergencia o para atención de rutina. Entiendo que:

- No se proporcionará atención dental a un menor sin la autorización por escrito de un Padre o Tutor legal,
- La persona autorizada para transportar a mi hijo menor de edad o yo debo esperar en la sala. mientras el niño recibe el tratamiento dental,
- Un menor de edad que conduce a las citas y debe traer una autorización firmada para el tratamiento de sus Padres/Tutor legal, y
- mi autorización es efectiva por un (1) año o hasta que la revoque por escrito el Padre auto o Tutor legal .

Nombre (s) del (de los) menor (es) del (de los) hijo (s):

1) Nombre: _____ Edad _____
2) Nombre: _____ Edad _____
3) Nombre: _____ Edad _____
4) Nombre: _____ Edad _____

Use la segunda página o el reverso de esta página si hay Una necesidad de agregar niños adicionales.

Persona autorizada para el transporte. Estoy de acuerdo en esperar en la sala de durante el tratamiento:

Firma _____

Nombre Impreso _____ Teléfono: _____

Relación al Paciente _____ o relación a los Padres _____

Guardián/Tutor legal:

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____

Dirección del Padre / Tutor legal _____

Numeros de telefono del hogar y el trabajo de Padres /Tutor legal _____