PATIENT’S NAME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Last First Initial Date of Birth

*English:*

I certify the truth of all information given. I also authorize the release of pertinent information to those persons requiring it for treatment of my child or for the purpose of payment of the account or credit references.

Furthermore, since your child is a minor, it becomes necessary that a signed permission is obtained from a parent or legal guardian before any and/or all dental service(s) can be started and accomplished by Dr. Abreu-Hernandez and/or legally qualified associates or partners.

Such authorization is herby granted to administer any treatment, anesthetics and perform such operations or otherwise manage my child as may be deemed necessary or advisable. I understand I will be consulted before any treatment is rendered. I do, however, give specific consent to do an examination, take appropriate x-rays, clean teeth, give a fluoride treatment, and provide oral hygiene instructions if deemed necessary. I also authorize the use of photographs, radiographs, other diagnostic materials and treatment records for the purpose of diagnosis. I also give permission to provide emergency care, if needed.

I further understand this consent will remain in effect until such time as I choose to terminate it.

*Español:*

Certifico la verdad de toda la información dada. También autorizo la divulgación de información pertinente a las personas que lo requieran para el tratamiento de mi hijo/a para fines de pago de la cuenta o referencias de crédito. Además, dado que su hijo es menor de edad, es necesario que se obtenga un permiso firmado de un padre o tutor legal antes de que cualquier o todos los servicios dentales puedan ser iniciados y realizados por el Dr. Abreu-Hernández y/o socios / compañeros asociados legalmente calificados.

Dicha autorización se otorga para administrar cualquier tratamiento, anestesia y realizar tales operaciones o de otra manera manejar a mi hijo/a como se considere necesario o aconsejable. Entiendo que seré consultado antes de cualquier tratamiento. Sin embargo, doy consentimiento específico para hacer un examen, tomar las radiografías adecuadas, limpiar los dientes, darle un tratamiento con fluoruro y proporcionar instrucciones de higiene oral si se considera necesario. También autorizo el uso de fotografías, radiografías, otros materiales y registros de tratamientos con fines de diagnostico. También doy permiso para proporcionar atención de emergencia, si es necesario. Además, entiendo que este consentimiento permanecerá en vigor hasta el momento en que decida terminarlo.

Patient or Guardian’s Signature \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dentist’s Signature \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Witness’s Signature \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_