

Boys & Girls Club of Albany Dental Clinic

Autorización para tratamiento y consentimiento

Yo, _____, como el responsable legal de _____
(nombre del padre o guardian legal) (nombre del niño)

Autorizo y solicito la ejecución de los servicios dentales para mi niño. Este tratamiento podrá consistir en radiografías dentales, diagnóstico, aplicación de fluor tópico y otro tipo de restauraciones, extracciones y ortodoncia preventiva que sean recomendados por los dentistas. Yo entiendo que los dentistas usarán tratamiento restaurativo y manejo de comportamiento razonable y necesario. El que podrá incluir anestésicos locales y óxido nítrico.

Yo Autorizo que mi niño pueda recibir servicios dentales administrados por Clínica Dental, y autorizo que sus dentistas y otros agentes y empleados proporcionen información referente al caso clínico de mi Niño, examen dentales, registros escritos (y fotografías adjuntas) en relación al examen dental y resultados del examen a empleados del y/o a organismos autorizados.

Yo doy consentimiento y autorizo la Clínica Dental que archive y colecte devolución al seguro Medicaid y OHP por los servicios prestados, en condados donde ODS es aceptado por un proveedor de OHP. También certifico que entiendo y estoy de acuerdo con lo descrito arriba.

Es usted el guardián legal de este Niño? SI NO
Usted puede firmar para tratamiento médico? Si NO
Ha sido informado de los riesgos del tratamiento dental Si NO

Nombre del Padre/guardián legal _____
(Por favor imprima)

Relación con el niño _____

Firma _____ Fecha _____



BOYS & GIRLS CLUB
OF ALBANY

Consentimiento Para fotografías y Uso

Yo autorizo que se usen fotografías, video o audio para registrar a mi Niño o a mí para promoción del programa, que incluya promoción escrita, fotográfica, audio, video y Web. Yo estoy también de acuerdo que cualquier material escrito de conexión entre el Taxi de los Dientes (incluyendo correspondencia de nuestra familia a la Fundación Dental de Oregon, Taxi de los Dientes) puede ser usada en materiales de promoción.

Firma del Padre/guardián legal _____ Fecha _____