



Klockner Road Office, 2929 Klockner Road, Hamilton Square, NJ 08690 (609) 586-6603

Merrill Lynch Campus, 1300 Merrill Lynch Drive 0301, Pennington, NJ 08534-4122 (609) 274-8484

Kuser Road Office, NJ Family Care, 2501 Kuser Road (2nd Floor), Hamilton Township, NJ 08691 (609) 689-1212

Poder limitado para dar consentimiento para tratamiento de mi hijo(a) en Hamilton Dental Associates

Padre, madre o encargado legal

Entendemos que con los horarios de trabajo de hoy día, se nos hace mas difícil programar las citas. Muchas veces nuestros hijos deben ser llevados a sus citas por familiares como abuelos, parientes carcanos o amigos de confianza.

La ley exige que todo tratamiento de su hijo(a) debe ser firmado, autorizado y actualizado antes de cualquier examen, historial medico, tratamiento por un tutor legal. Por favor envíe por fax de la cita o llévelo a la próxima cita del niño(a).

Yo _____
(nombre y relación con el paciente)

Por presente otorgo poder limitado a (persona que autoriza)

consentir para el tratamiento dental, atención médica de emergencia y reciba información clinica en mi nombre de (nombre del paciente)

Este poder es limitado otorga todos los derechos y la autoridad para consentir legalmente a dicho tratamiento en mi ausencia y será efectivo desde la fecha _____ de este documento hasta el momento en que yo notifique a Hamilton Dental Associates de mi decisión de revocar derechos y autoridad.

Firma: _____

Fecha: _____