



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

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

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 recibir información clínica en mi nombre de (nombre del paciente)

Este poder 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: _____