

**Adam T. Dorsett, DDS
Jason T. Moore, DDS, PA**

Hillsdale Dental
127 Royal Troon Lane
Advance, NC 27006
336-998-2427

Permiso de Autorizacion para Tratamiento Dental de un Menor

Yo, _____, soy el padre/madre teniendo custodia legal de
_____, un niño/nina menor, de _____ años nacio en
Mes _____ día _____ año _____.

Yo autorizo _____, un adulto en el cual se a confiado el
cuidado del niño/nina, a tomar cualquier accion necesarios o apropiado para
proveer para el cuidado de la salud dental del niño/nina menor.

FIRMA DE PADRE: _____ FECHA: Mes ___ Dia ___ Ano ___

CUSODIA: _____ FECHA: Mes ___ Dia ___ Ano ___

NUMERO DE CUENTA DEL PACIENTE _____ PATIENT ACCOUNT NUMBER _____