



3394 S. Houston Levee Rd.
Germantown, TN 38139

5226 Airline Rd., Ste 125
Arlington, TN 38002
901.861.9668

1684 Poplar Ave.
Memphis, TN 38104

CARTA DE PERMISO

Nombre del paciente(s): _____

Si alguien que no sea el padre o tutor legal puede traer a su (s) hijo (s), por favor enumere su (s) nombre (s) a continuación. Deben tener 18 años y tener una foto ID. No podemos ver a su hijo en ausencia de un padre/tutor a menos que se complete lo siguiente. Esta carta autoriza al Children's Dental Center a completar un examen, limpieza, fluoruro, radiografías y tratamiento dental con la parte nombrada. Cualquier tarifa a ser pagada debe presentarse en la cita con la persona que traiga a su hijo. Esperamos que permanezcan en nuestra oficina con su hijo. No deje a su hijo o programe otras diligencias durante sus citas.

**Nombre y teléfono
de la persona autorizada**

Relación con su hijo (a)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Firma del Padre / Guardián

Fecha