

University of Southern Indiana
Dental Clinic
8600 University Blvd.
Evansville, IN 47712
(812) 464.1706

Consentimiento de Padre o Tutor Legal para tratamiento

Yo, _____, autorizo al profesorado de higiene dental y a los alumnos de la Clínica de Higiene Dental de la University of Southern Indiana que ofrezcan servicios preventivos y terapéuticos, los cuales podrían incluir, pero no ser limitados al examen, la limpieza de los dientes, rayos X, los selladores dentales y el tratamiento con flúor para el siguiente paciente.

Nombre de paciente: _____

Relación al paciente: _____

Nombre escrito de paciente o tutor legal:

Firma

Fecha