



Rhonda L. Kearney, DDS, MS, PLLC
Diplomate of the American Board of Pediatric Dentistry
451 Ruin Creek Rd., Suite #205 • Henderson, NC 27536
Tel: 252-492-KIDS (5437) • Fax: 252-492-5440
www.hendersonpedo.com

Consentimiento para el Tratamiento del Menor de Edad

En referencia a la Regla de Privacidad HIPAA Omnibus, yo, que soy el padre o tutor de _____, por medio del Solicito y autorizo a la Dr. Kearney y su personal para prestar los servicios necesarios para mi hijo que se considere conveniente por el dentista, si yo no, estoy presente en la cita verdadera.

A continuación se muestra una lista de las personas que tienen permiso para traer a mi hijo y para tomar decisiones con respecto al tratamiento (Por favor escriba los nombres):

Firma del Padre o Tutor

Testigo

Fecha y Hora

Fecha y Hora