



Chico Clinic

845 W. East Avenue
Chico, CA 95926
(530) 896-9400
Fax: (530) 896-9407

Dental and Maternal Health Center

500 Cohasset Rd. Ste 15
Chico, CA 95926
(530) 433-2500
Fax: (530) 433-2510

Children's Health Center

277 Cohasset Road
Chico, CA 95926
(530) 781-1440
Fax: (530) 342-1663

Red Bluff Clinic

2500 N. Main Street
Red Bluff, CA 96080
(530) 529-2567
Fax: (530) 529-2552

Willows Clinic

207 N. Butte Street
Willows, CA 95988
(530) 934-4641
Fax: (530) 934-4081

Woodland Clinic

175 West Court Street
Woodland, CA 95695
(530) 661-4400
Fax: (530) 661-4416

Mobile Dental Clinic
530-520-6913

www.nvih.org

Northern Valley Indian Health, Inc.

Autorización para el tratamiento odontológico de menores sin presencia de su padre/madre o tutor

Northern Valley Indian Health, Inc. (NVIH) deberá contar con la autorización de los padres o del tutor del menor antes de que este reciba algún tipo de tratamiento odontológico en el que no exista un riesgo de vida (en situaciones de urgencia, generalmente existe un consentimiento tácito para proceder con el tratamiento). Mediante esta solicitud se nos otorga autorización legal para tratar a su hijo/a en caso de que no pueda acompañarlo/a a NVIH para que reciba tratamiento odontológico, que incluye, entre otros procedimientos: tratamientos con flúor, diagnóstico por imágenes, chequeos generales, rellenos de resina compuesta, selladores, y extracciones. NVIH proporcionará tratamiento odontológico al menor de edad sin la presencia del padre/madre o tutor siempre y cuando se cumplan los siguientes requisitos:

- El menor deberá estar siempre acompañado por uno de sus padres o su tutor en todas las consultas para chequeo/diagnóstico en NVIH.
- El menor deberá tener trece (13) años o más.
- Esta solicitud deberá presentarse personalmente y en forma directa en nuestra oficina, antes de la fecha de entrada en vigencia de esta solicitud.
- El padre/madre o tutor nos haya informado que no estará presente durante la consulta antes de que el menor concurra a la cita.
- Esta "Autorización para el tratamiento odontológico de menores sin presencia de su padre/madre o tutor" permanecerá vigente solo durante el período indicado abajo.
- El odontólogo se reserva el derecho de rehusarse a tratar menores de edad en procedimientos en los que no exista riesgo de vida si a su criterio es necesaria la presencia del padre/madre o tutor durante el tratamiento.
- A criterio del profesional odontólogo, para algunos procedimientos se requerirá la presencia de los padres o de algún otro adulto que cuente con la debida autorización para tomar decisiones vinculadas al tratamiento .
- Se requerirá la presencia del padre/madre o tutor para todos los procedimientos que requieran el uso de N₂O (óxido de dinitrógeno, gas hilarante).

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____ HRN# _____

En caso de urgencia, podrán contactarme en:

Nombre: _____

Domicilio: _____

Teléfono particular: _____

Teléfono del trabajo: _____

Otros teléfonos de contacto: _____

AUTORIZACIÓN

Yo, _____, padre/madre/tutor de _____ soy titular del derecho para otorgar autorización previa a NVIH y a su personal para que proporcionen tratamientos y cuidados odontológicos a mi hijo/a menor de edad _____.

Presto mi consentimiento para que mi hijo/a menor de edad pueda recibir tratamiento que incluye, entre otros procedimientos: tratamientos con flúor, diagnóstico por imágenes, chequeos, rellenos de resina compuesta, selladores, y extracciones en NVIH sin la presencia de adultos.

Desde _____ (ingrese la fecha) Hasta _____ (ingrese la fecha)

Entiendo y acepto que, como padre/madre o tutor, seré responsable de pagar todo gasto razonable en que se incurra debido a los cuidados y el tratamiento que reciba mi hijo/a menor de edad.

Yo, el paciente/persona legalmente autorizada puedo comunicarme en inglés de forma eficaz.

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____