Formulario de consentimiento para examen dental

Año académico Año-Año

Deseo que mi hijo/a, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, se someta a un examen dental

(Nombre de su hijo/a)

por el higienista de la sección de salud bucal.

Nombre en imprenta del padre, madre o tutor Fecha

Firma del padre/tutor