

EMMET DENTAL P. C
89- 02 165 Street Suit MW29
Jamaica, NY 11432
718.657.4838
718.657.0099fax

Date: _____

To Whom It May Concern:

I, _____, the *parent/ legal guardian* of
_____ (*child/ children*) give permission for the
patient to be treated in this office. The patient will be accompanied by
_____. If there are any changes in the treatment
plan, please contact _____.

Signature of parent/ legal guardian

A Quien Pueda Intere Sarle:

Yo, _____, los *parientes/ guardian legal*
del _____ (*nino/ ninos*) doy permiso para que el paciente
sea tratado en esta oficina. El paciente sera acompanado de
_____. Si hay algun cambio en el plan de tratamiento,
por favor de contactarnos _____.

Firma del pariente/ guardian legal