

**HAURREN HORTZAK ZAINTEKO PROGRAMA - HHZP
PROGRAMA DE ATENCIÓN DENTAL INFANTIL – PADI**

ONARPENAGIRIA/DOCUMENTO DE ACEPTACIÓN

PADI-ko onuradunaren datuak / Datos de la persona beneficiaria del PADI

Izena / Nombre	
Abizenak / Apellidos	
Jaioteguna / Fecha nacimiento	
Osasun Txartel Indibidualaren zk. Nº Tarjeta Individual Sanitaria	

Kontsultaren datuak / Datos de la consulta

Dentista *:
Kontsulta / Consulta *:

- Kodea eta izena / Código y nombre

AITORPENA	DECLARACIÓN
Nire semeak/alabak Haurren Hortzagain Programako atentzioa hartzea nahi dut. Hitz ematen dut beteko dudala neuk askatasun osoz hautaturiko erreferentzia-dentistak, bere hortzaginieta osasunaren zaintzarako agindutakoa. Neure eskubide eta betebeharren jakitun nago.	Deseo que mi hijo o hija reciba la atención del Programa Dental Infantil. Me comprometo a seguir las instrucciones que para el cuidado de su salud dental determine su dentista de referencia que libremente he elegido. Conozco mis derechos y obligaciones.
Aita, ama edo tutorea:	Padre, madre, tutor o tutora:
Inprimaki honetako datuak dagozkin haurraren aho-hortzen osasuna egoerarik onenean mantentzeko dudan erantzukizuna onartzen dut, Haurren Hortzagain Programako baldintzak betez. Era berean, Haurren Hortzagain Programako etxeko dentista gisa ditudan eskubide eta betebeharren jakitun nagoela adierazten dut.	Acepto mi responsabilidad en el mantenimiento de un estado óptimo de la salud buco-dental del niño o niña cuyos datos figuran en este impreso, bajo las condiciones del Programa Dental Infantil. Asimismo, declaro tener conocimiento de mis derechos y obligaciones como dentista de referencia del Programa Dental Infantil.
Dentistaren sinadura eta zigilua:	Firma y sello de la persona dentista:
Data:	Fecha