

AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE REGISTROS

Quiero que los registros de mi dentista anterior se entreguen a Page Family Dentistry:

¿Cuál es el nombre de su dentista anterior/nombre de la práctica?

¿Cuál es la dirección de su dentista anterior?

¿Cuál es el número de teléfono de su dentista anterior?

¿Cuál es la dirección de correo electrónico de su dentista anterior?

Por favor envíe una copia de:

- ☐ Todos mis registros dentales (radiografías, notas de gráficos, gráficos periodontales)
- ☐ Solo radiografías dentales (aletas de mordida, Panorex, Serie de boca completa tomadas en los últimos 5 años)

-O-

Quiero entregar mis registros de Page Family Dentistry a mi nuevo dentista:

¿Cuál es el nombre de su nuevo dentista/nombre de la práctica?

¿Cuál es la dirección de su nuevo dentista?

¿Cuál es el número de teléfono de su nuevo dentista?

¿Cuál es la dirección de correo electrónico de su nuevo dentista?

Por favor envíe una copia de:

- ☐ Todos mis registros dentales (radiografías, notas de gráficos, gráficos periodontales)
- ☐ Solo radiografías dentales (aletas de mordida, Panorex, Serie de boca completa tomadas en los últimos 5 años)

AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE REGISTROS

Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para que mis registros de tratamiento dental y / o radiografías se transfieran por correo electrónico o fax.

Page Family Dentistry

107 E Locust St, River Falls, WI 54022, Teléfono: (715) 425-5780; Facsímil: (715) 428-1791

Correo electrónico: info@riverfallsdentistry.com

Nombre del paciente (letra impresa): _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente: _____ Date: _____