



Riverwest Dental
 1655 Pancheri Drive
 Idaho Falls, ID 83402-3169
 (208)522-1911

Formulario de autorización del paciente para la divulgación de registros dentales

Nombre de el/la Paciente cuyo Registros Dentales se Solicitan:

Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal _____

Le solicitó específicamente que divulgue copias de:

- Gráficos de Perio
- Radiografías de Bitewings (Si tiene menos que un año)
- Radiografías de Panoramics (SI tiene menos que 3 años)
- Otro: _____

Por Favor Envíe mis Registros Dentales que Solicitada a:

Nombre Completo del (de la) Dentista _____

Dirección del (de la) Dentista _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

Número Telefónico de la Oficina _____

Correo Electrónico de la Oficina *Requerido por las Radiografías _____

Entiendo que mi consentimiento es requerido para divulgar cualquier información médica relacionada con mi atención dental. Doy mi consentimiento para la divulgación de la información solicitada anteriormente únicamente.

 Firma de el/la paciente o la representante autorizada de el/la paciente Fecha Firmada

Relación o estado si está firmado por alguien que no sea el/la paciente (padre, tutor legal, etc.)