



Autorización para divulgar registros dentales

Autorizo al Centro de Odontología Pediátrica, Dr. Lee Baker y Dr. Mackenzie Craik, a divulgar los registros dentales de mis hijo(s) que se enumeran a continuación:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

A:
Nombre: _____
Dirreccion: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Postal: _____
Telefono: _____ Fax: _____
E-mail: _____
Fecha de la Cita: _____

Todos los registros proporcionados por correo electrónico se enviarán de forma segura. El correo electrónico seguro protege su información personal de cualquier acceso no autorizado, pero debe recuperarse y descargarse dentro de los 7 días o caducará. No se puede garantizar la confidencialidad del correo electrónico regular.

Por favor envieme registros a _____

Firma: _____ Nombre Impreso: _____

Relacion al paciente: _____ Fecha: _____

Autorizacion Expira Un Año Despues De Que Esta Firmado