



Foothills Dental Care  
2205 Channing Way  
Idaho Falls, ID 83404-8016  
(208)529-4484

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.)