

Formulario de Autorización para la Divulgación de Registros Dentales

Clinica Dental PCC - Consentimiento para Liberar Registros Digitalmente

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Hoy: _____

Dirección: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Teléfono: _____

Por la presente, solicito y autorizo a PCC Dental Clinic a proporcionar copias de mis expedientes a:

___ Yo mismo. Correo electrónico: _____

___ Clinica Dental OHSU

___ Otro Consultorio Dental Nombre y Correo Electrónico: _____

___ Tengo una cita próxima y necesito que me envíen los registros antes de:
_____ (fecha)

Los registros que estoy solicitando transferir son:

___ Radiografía

___ Notas del Expediente

___ Otros (Por favor especifique) _____

Al firmar este formulario, libero expresamente a la persona que transmite mis registros y a PCC de cualquier responsabilidad que surja del cumplimiento de esta solicitud y la divulgación de la información solicitada.

Firma del Paciente y Fecha

Clinica Dental PCC

Calle SW 5th, 1810, 3er Piso, Portland, OR 97201

971.722.4909 - dentalclinic@pcc.edu