



Autorización para Liberar Información Dental

Realización de este documento autoriza la divulgación y uso de información médica sobre usted. Falta de proporcionar toda la información solicitada puede anular esta autorización.

Nombre del Paciente: _____ FDN: _____ Teléfono: _____

Dirección Postal: _____ Ciudad/ Estado/ Código: _____

Por favor **MANDE** la siguiente información **A**:

Nombre de Doctor/Organización/Persona:

Número de Teléfono:

Dirección:

Número de Fax:

Ciudad/Estado/Postal: _____

Por Fax | Correo electrónico (**Encriptado** y caducará después de 7 días): **mmendoza@avhc.org**

Específicamente autorizo la siguiente información:

Notas:

- Radiografías
- Otras Imágenes

- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y enviarlo a la siguiente dirección: **Anderson Valley Health Center al 13500 Airport Rd. Boonville, Ca. 95415**
- Mi revocación entrará en vigencia una vez recibida, excepto en la medida en que otros han actuado confiando en esta autorización.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Paciente o Representante autorizado por el paciente:

Firma: _____

Nombre: _____

Relación del Paciente: _____

Fecha: _____

TENGA EN CUENTA QUE LOS REGISTROS PUEDEN TARDAR HASTA 2 SEMANAS EN ENVIARSE.

GRACIAS POR SU PACIENCIA.

Dental Health

En Anderson Valley Health Center

13500 Airport Rd. Boonville, Ca. 95415 o PO Box 338 Boonville, Ca. 95415

Teléfono: (707) 895-3477 o Fax: (707) 895-2035