



Autorización para Solicitar Registros Dentales

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

Nombre del Paciente: _____ FDN: _____ Teléfono: _____

Dirección Postal: _____ Ciudad/ Estado/ Código: _____

Email (expirara después de 7días): _____

Correo electrónico de la clinica dental: **mmendoza@avhc.org**

Específicamente autorizo la siguiente información: Notas:

- Radiografias _____
- Otras Images _____

- 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: _____

*** PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE ***

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> REQUEST COMPLETED: | <input type="checkbox"/> IDENTITY OF INDIVIDUAL AND/OR LEGAL REPRESENTATIVE VERIFIED: |
| <input type="radio"/> DATE: _____ | <input type="radio"/> STAFF INITIALS: _____ |
| <input type="radio"/> STAFF INITIALS: _____ | <input type="radio"/> STAFF INITIALS: _____ |
| <input type="radio"/> #PAGES: _____ | |

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