



## 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