

Heidi J. Stark
Diplomate, American Board of Pediatric Dentistry
Libby A. Johnson
Diplomate, American Board of Pediatric Dentistry
Emily J. Egley
Diplomate, American Board of Pediatric Dentistry
Katie J. Garcia
Diplomate, American Board of Pediatric Dentistry



La liberación para Consultar y Liberar de Registros

Crée o el Nombre de Guardián: _____

el Nombre del Niño y Fecha del nacimiento: _____

la Relación al Niño: _____

Cuando un paciente o el guardián del paciente de Lincoln Pediatric Dentistry, yo doy mi consentimiento a permitir el dijo la oficina que dental utilizar y revelar que mi información dental protegida de la salud para llevar a la consulta de cabo, las actividades del tratamiento y el pago. Tengo el derecho de revocar este consentimiento en tiempo sometiendo nota escrita. Doy mi permiso para permitir dijo la oficina que dental consultar con o con a/de de registros de transferencia:

El nombre: _____ el Número de teléfono: _____

la Dirección: _____

Electronico direccion: _____

razone para la liberación de registros: _____

Solicito que las radiografías más actuales ser mandadas un correo electrónico a la dirección correo electrónico antes mencionada en ninguna carga.

Solicito que copias de todas radiografías para ser mandadas al encima de la entidad denominada. Encerrado es el pago en la cantidad de \$10.00 (por paciente) cubrir el costo.

Yo no deseo tener radiografías mandadas.

_____ Date: _____

La firma de paciente, el padre o el guardián