



La liberación para Consultar y Liberar de Registros

Cré 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: written notice. I give my permission to allow said dental office to consult with or transfer records to/from:

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

North Office 3272 Salt Creek Cir. Lincoln, NE 68504 | **Southeast Office** 4301 S. 80th St. Lincoln, NE 68516

East Office 7001 A St., #103 Lincoln, NE 68510 | **Yankee Hill Office** 3811 Grainger Pkwy Lincoln, NE 68516

Phone 402.476.1500 | **Fax** 402.476.1510 | LincolnPediatricDentistry.com