

FORMULARIO DE CESION DE REGISTRO

Yo, _____ solicito la cesión de registros dentales relevantes para el tratamiento dental, o copias de los mismos, y que sean transferidos a

Affordable Dental Care, LLC
3993 Lawrenceville Hwy, #100
Lilburn, GA 30047
Ph: 770 279 2020, Fax 770 279 1222
frontdesk@theaffordabledental.com

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Registros solicitados:

ALL DENTAL RECORDS [SEP]

Radiografías actuales Estado salud dental Informes

Diagnosticos emitidos Registro de tratamiento Gráficos

Historial médico Registro de prescripciones Fotos

Otros: _____

Firma del padre/tutor _____ Fecha: _____

AFFORDABLE DENTAL CARE, LLC