



AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE RECORDS DENTALES Y RADIOGRAFÍAS

Yo, por la presente, autorizo a Sanitas Dental of South Florida a liberar mis records dentales, incluyendo notas de tratamiento, radiografías, imágenes y cualquier otro documento relacionado, a la siguiente oficina o persona:

Nombre de la Oficina/Proveedor/Persona: _____

Dirección/Email/Fax: _____

Número de Teléfono: _____

Motivo de la Solicitud (marque uno):

☐ Continuación de tratamiento

☐ Propósitos de seguro

☐ Solicitud personal

☐ Otro: _____

Entiendo que:

- Esta autorización permite que Sanitas Dental of South Florida libere copias de mis records dentales y radiografías como se indica arriba.

- Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto si ya se han liberado los records.

- Sanitas Dental of South Florida no se hace responsable del uso o divulgación que el destinatario haga de mis records una vez liberados.

Información del Paciente:

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Número de Teléfono: _____

Firma del Paciente/Representante Legal: _____

Fecha: _____