



Formulario de Divulgación de Registros Dentales

☐

Autorizo la divulgación de radiografías y registros dentales actuales para que se envíen a:

Carolina Dentistry

2329 Devine Street, STE 2

Columbia, SC 29205

Telephone: (803) 799-3368

Fax: (803) 799-3504

Email: office@carolinadentistrysc.com

☐

Autorizo a Carolina Dentistry a divulgar mis registros a:

Nombre de la oficina: _____

Número de teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Nombre del paciente (letra imprenta): _____

Fecha de Nacimiento: _____

Firma del paciente, Padre o encargado: _____

Fecha: _____