



DIVULGACIÓN DE HISTORIAL MÉDICO

De acuerdo con las directrices de HIPPA (siglas en inglés de Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro), formalmente solicita la divulgación del historial médico de mi hijo a la organización, agencia o individuo nombrado aquí abajo.

Por favor hacer un duplicado del historial dental de mi hijo y reenviarlo a nuestro dentista a la siguiente dirección:

Nombre del Nuevo Dentista: _____

Dirección de correo electrónico del Nuevo Dentista:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Firma del padre/encargado

Fecha

Nombre en imprenta

PARA USO DE LA OFICINA	
HIPPA Compliance:	_____
Parent Contacted:	_____
Account Balance:	_____