

AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION DE SALUD

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____

Esta forma está dando autorización a First City Dentistry a liberar o comunicar toda la información de salud para el paciente mencionado anteriormente, incluyendo: seguro, citas, planes de tratamiento, etc. a los nombres siguientes.

Nombre _____

Relación _____

Nombre _____

Relación _____

Nombre _____

Relación _____

Nombre _____

Relación _____

Nombre _____

Relación _____

Firma del Paciente (o guardián legal) _____

Fecha _____

Relación al Paciente _____

Acuerdo de Comunicaciones Electrónicas

Yo doy permiso a First City Dentistry a comunicar electrónico conmigo para:

Confirmar citas por:

Texto

Correo Electrónico

Llamada Solamente

(Proporcione si está en un círculo)

Número de Celular: _____ Correo Electrónico: _____

Usaremos su correo electrónico si no podemos contactarle por teléfono en una emergencia. También, le enviaremos nuestro boletín por su correo electrónico.



FIRST CITY DENTISTRY
MATTHEW G. BLUTH, D.D.S.

T (715) 223-4844
F (715) 223-6957
202 E. Birch St., P.O. Box 147, Abbotsford, WI 54405
www.firstcitydental.net