**AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION DE SALUD**

 D d

Nombre del Paciente Fecha de Nacimiento

**Esta forma está dando autorización a First City Dental of Abbotsford 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.**

 D d

Nombre Relación

 D d

Nombre Relación

 D d

Nombre Relación

 D d

Nombre Relación

 D d

Nombre Relación

 D d

**Firma del Paciente (o guardián legal)**  **Fecha**

 D

**Relación al Paciente**

**Acuerdo de Comunicaciones Electrónicos**

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

 Confirmar citas por **Texto** **Correo Electrónico** **Llamada Solamente**

**(Por Favor liste si marcado)**

Número de Celular: Correo Electrónico: d

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