



AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN DEL REGISTRO DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____

Nombre de la Madre o del Padre: _____

Número de teléfono: _____

Dirección postal del paciente: _____

Por la presente autorizo que los registros de mi hijo sean:

ENVIADO DESDE: _____
(Nombre del médico, hospital, correo electrónico. o dentista a DIVULGAR información)

LIBERADO A: _____
(Nombre del médico, hospital, correo electrónico. o dentista a DIVULGAR información)

La siguiente información: _____

Cubriendo el período de atención desde _____ a _____

Envíe la información electrónicamente a info@southpointpedo.com

Para la **comunicación por correo electrónico**, entiendo que la información no puede enviarse de manera cifrada, lo que aumenta el riesgo de que se pueda acceder a ella de manera inapropiada. Todavía elijo seguir adelante para permitir que se realicen comunicaciones por correo electrónico.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento excepto en la medida en que la acción haya sido ya ha sido contratado y que caducará automáticamente noventa (90) días a partir de la fecha siguiente.

La Dra. Amy C. Davidian, al divulgar información autorizada, queda relevada de toda responsabilidad legal por la divulgación de la información descrita anteriormente en la medida indicada y autorizada en este documento.

(Firma del padre o tutor legal)

(Fecha)