



DENTAL RECORDS RELEASE FORM

Nombre de paciente (s) _____

Fecha De Nacimiento: _____ Tel. Celular: _____

Otros familiares para transferir: _____

Nombre De Dentista Anterior: _____

Direccion : _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Numero De Tel: _____ Numero De Fax: _____

Infomacion solicitada
:

- Copia de Cuadro Dental
- Copia De Radiographias
- Otro (moldes, etc.)

Fechas exgidas:

- Trabajo hecho con el dentista anterior
- Fechas de tratamiento y condiciones e

PURPOSE(S) OR NEED FOR WHICH INFORMATION IS TO BE USED:

- Transfer of records
- Referral (oral surgeon, orthodontist, endodontist, etc.)
- Other

Yo autorizo que manden cualquier informacion que tengan sobre mi salud dental a Carbondale Family Dental.

Firma Del Paciente/Guardian: _____ Fecha: _____

Nombre de Guardian: _____

If records are digital, please email to: info@carbondaletfamilydental.com

Or fax/mail to:

Carbondale Family Dental

889 Main Court

Carbondale, CO 81623

Phone: 970-963-1616

Fax: 844-602-4638

