



**Formulario De Divulgación De Registros Dentales**

Por la presente autorizo la divulgación de mis radiografías y toda la información del registro a Smile Academy of Kentucky en Dixie.

Nombre Del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento Del Paciente \_\_\_\_\_

Otros miembros de la familia para transferir:

Nombre Del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento Del Paciente \_\_\_\_\_

Nombre Del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento Del Paciente \_\_\_\_\_

Nombre Del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento Del Paciente \_\_\_\_\_

Nombre Del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento Del Paciente \_\_\_\_\_

Nombre del dentista (letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Dirección del dentista (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Número de teléfono del dentista: \_\_\_\_\_

Si los registros son digitales, envíe un correo electrónico a [frontoffice@smileacademyofkentucky.com](mailto:frontoffice@smileacademyofkentucky.com)

O envíelo a: Smile Academy of Kentucky

6801 Dixie Highway

Suite 128

Louisville, KY 40258

Firma del paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_