



Fecha: _____

I, _____ por la presente solicita la liberación y transferencia de cualquier radiografía dental y registros,

Nombre de la clínica dental: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Nombre impreso del pacient

Fecha de nacimiento

Firma del paciente, padre/madre o tutor