

# Formulario modelo: Autorización del paciente para transferir o enviar registros dentales

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente solicito y autorizo a  
*Nombre del paciente o tutor (en letra de imprenta)*

\_\_\_\_\_ para que le envíe mis registros dentales al Dr. \_\_\_\_\_,  
*Nombre del dentista o del consultorio*

o para que envíe una copia a mi nuevo dentista, el cual detallo abajo. Entiendo que, si no existe ninguna designación alternativa, mis registros se transferirán al Dr. \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_.  
*(fecha)*

Al autorizar esta transferencia, entiendo que no le estoy quitando al Dr. \_\_\_\_\_ el derecho  
*(doctor que copia o transfiere los registros)*  
a acceder a mis registros, cuando sea necesario, durante el tiempo que yo estuve bajo su cuidado.

\_\_\_\_\_  
*Nombre del nuevo dentista, especialista, asesor, paciente, abogado, asegurador, etc.*

\_\_\_\_\_  
*Dirección*

\_\_\_\_\_  
*Ciudad*

\_\_\_\_\_  
*Estado*

\_\_\_\_\_  
*Código postal*

\_\_\_\_\_  
*Número de teléfono*

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
*Paciente o tutor*