



MID-VALLEY
D E N T A L A S S O C I A T E S

Taylor C. Bennion, DMD

AUTORIZACIÓN PARA ENTREGAR LOS REGISTROS DENTALES

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Por la presente autorizo a _____ para liberar copias de mis registros dentales que incluyen radiografías a **Mid-Valley Dental Associates**

2811 Main Street
Philomath, OR 97370

Teléfono: (541) 929-5227 | Fax: (541) 929-7649

philomath@midvalleydentaloregon.com

Firma de paciente o padre sí el paciente es menor

Fecha