Modelo Solicitud Historia Clínica Dental (1)

Datos del Paciente:

[Nombre del Paciente]

[DNI del Paciente]

[Dirección del Paciente]

[Teléfono del Paciente]

[Correo electrónico del Paciente]

Descripción de la Solicitud:

Por medio de la presente, solicito la historia clínica dental completa que incluya el historial de tratamientos, diagnósticos y cualquier otra información relevante a mi salud dental.

Motivo de la Solicitud:

El motivo de esta solicitud es [especificar el motivo, por ejemplo, para una segunda opinión, tratamiento nuevo, etc.].

Consentimiento del Paciente:

Declaro que he sido informado de mis derechos sobre la confidencialidad de la información en mi historia clínica dental y que doy mi consentimiento para su entrega.

Datos del Odontólogo o Centro Dental:

[Nombre del Odontólogo/Centro Dental]

[Teléfono del Odontólogo/Centro Dental]

Fecha de Solicitud:

[Fecha Actual]

Atentamente,

[Firma del Paciente]

[Nombre del Paciente]