Modelo Solicitud Historia Clínica Dental (2)

Datos del Paciente:

[Nombre del Paciente]

[DNI del Paciente]

[Dirección del Paciente]

[Teléfono del Paciente]

[Correo electrónico del Paciente]

Descripción General:

Solicito la historia clínica dental por medio de la cual confío se me brinde acceso a toda la información pertinente sobre mis tratamientos y salud oral.

Razón de la Solicitud:

Esta solicitud es realizada por [especificar razón, como tratar condiciones existentes, iniciar un nuevo tratamiento, etc.].

Consentimiento:

Entiendo que mi historia clínica dental es privada y confío en que será manejada de acuerdo con la legislación de salud aplicable.

Información de Contacto del Centro Dental:

[Nombre del Centro Dental]

[Teléfono del Centro Dental]

Fecha:

[Fecha Actual]

Atentamente,

[Firma del Paciente]

[Nombre del Paciente]