



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

Steven Deming, DDS

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**

197 SE Washington Street
Dallas, OR 97338

Teléfono: (503) 623-2389 | Fax: (503) 623-2099

dallas@midvalleydentaloregon.com

Firma de paciente o padre sí el paciente es menor

Fecha