



SOLICITUD DE LIBERACIÓN DE REGISTROS  
RECORDS RELEASE REQUEST

Nombre del paciente (*Patient Name*): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (*Date of Birth*): \_\_\_\_\_

Por la presente solicito y autorizo \_\_\_\_\_ (Nombre anterior del dentista/ *Prior dentist*) para entregar una copia de mi expediente dental a (*to deliver a copy of my dental record to*):

Dr. Brenden Davis, DMD, MPH

Northwest Oral Health Outreach

1206 N. Dolarway Rd, #208

Ellensburg, WA 98926

Phone #: 509-925-7600

Fax #: 855-426-9646

Email: [info@nwoho.com](mailto:info@nwoho.com)

Por favor envíe la siguiente información (marque las líneas correspondientes):

*Please send the following information (check applicable lines):*

\_\_\_ Toda la información de atención médica en mi registro dental, incluyendo x-rays  
*All health care information in my dental record including x-rays*

\_\_\_ Registros específicos relacionados con la siguiente condición  
*Specific records related to the following condition:* \_\_\_\_\_

\_\_\_ Excluir específicamente / *Specifically exclude:* \_\_\_\_\_

También doy mi consentimiento expreso para divulgar información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, VIH, salud mental y / o abuso de drogas / alcohol, de acuerdo con la Ley de Washington RCW 70.24 ET.SEQ, a menos que específicamente se excluya anteriormente.

Paciente o Autoridad Legal Firma / *Patient or Legal Authorized Signature:* \_\_\_\_\_

Fecha / *Date:* \_\_\_\_\_ Relación con el paciente (si es menor de 18 años) / *Relationship to patient (if under 18 years of age):* \_\_\_\_\_