



Chart#: _____

RADIOGRAPH / CHART RELEASE

Patient's Name: _____, (DOB _____)

Authorization and Release: I authorize Rio Salado College to release any information including records of any treatment or examination rendered to me or my child during the period of such Dental Hygiene care to myself or health practitioners.

Note: Allow three business days for processing email/mail.

Digital Radiographs: Can be emailed, or put on a CD/USB device, if provided by the patient, at no cost. There is a \$5 charge if we provide the cd. _____ (Patient Initials)

Patient Charts: We do not email patient records. Records may be picked up in person or mailed to the patient.

There is a \$5 charge for printing and mailing charts/radiographs. _____ (Patient Initials)

Radiographs may be e-mailed to the following address upon request:

I am authorizing Rio Salado College School of Dental Hygiene to release a copy of my radiographs/chart to:

Name: _____ (I.D. will be required if picked up)

Mail (if applicable): _____

Patient Signature (Parent/guardian if a minor)

Date

This release expires two years from the date signed.

Rio Salado College – School of Dental Hygiene
2323 W. 14th St., Tempe, AZ 85281
Phone: 480-377-4100 Fax: 480-377-4716
Email:dental.hygiene@riosalado.edu

Chart#: _____



Autorización de las Radiología e Historia Clínica

Nombre Completo del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Autorización/Release: Autorizo a Rio Salado College que de información incluyendo mis records de cualquier tratamiento o examen que se me haya hecho a mi o alguno de mis hijos durante el periodo de este higiene dental a mi o cualquier doctor u oficina dental.

Aviso: Para recoger fuera de la fecha de su cita, mandar por correo/correo electronico, se necesitan tres días hábiles/laborales para procesar.

Radiografías Digitales: Pueden ser enviadas por correo electrónico. Si el paciente las trae, podemos ponerlas en un disco compacto o un dispositivo USB. Le cobramos 5 dólares si proporcionamos el disco compacto para el paciente. _____ (Iniciales del Paciente)

Historia Clínica del Paciente: No mandamos los archivos a un correo electrónico. Los archivos se pueden recoger en persona o podemos mandarlos por correo al paciente. Le cobramos 5 dólares para imprimir y mandar por correo. _____ (Iniciales del Paciente)

- Favor de enviar o mandar por correo electrónico a ésta dirección a petición del paciente (se requiere 3 días hábiles/laborales para enviar):

- Yo autorizo al Programa de Higiénica Dental de Rio Salado College entregar las Radiologías e Historia Clínica a:

Nombre completo: _____ (se requiere un carnet de identificación si viene en persona a recogerlos)

Dirección: _____

Este formulario y la autorización se actualizarán cada dos años.

Firma del Paciente (de uno de los padres si el paciente es menor de 18 años)

Fecha

Rio Salado College – School of Dental Hygiene

2323 W. 14th St., Tempe, AZ 85281

Phone: 480-377-4100 Fax: 480-377-4716

Email:dental.hygiene@riosalado.edu