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.

Records may be picked up in person or mailed to the patient. Note: It may take up to three business days for processing email/mail. There will be a $5 charge for printing and mailing charts/radiographs.

Digital radiographs & patient records may be emailed, or put on a USB drive, if provided by the patient, at no cost. There will be a $5 fee if RSC Dental Clinic provides the USB.

Radiographs & records are sent via email with an encrypted, password protected zip file program. _____ (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 to (if applicable): _____

_____

_____ _____

Patient Signature (Parent/guardian if a minor) Date

This release expires two years from the date signed.

Rio Salado College Dental Clinic
Physical Address: 2250 W. 14th St., Tempe, AZ 85281
Mailing Address: 2323 W. 14th St., Tempe, AZ 85281
Phone & Fax: 480-377-4100
Email:dental.hygiene@riosalado.edu

Rev. Aug 2019

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.

Los registros pueden recogerse en persona o enviarse por correo al paciente. Nota: El procesamiento de correo electrónico / correo puede demorar hasta tres días hábiles. Le cobramos 5 dólares para imprimir y mandar por correo.

Las radiografías digitales y los registros de pacientes pueden enviarse por correo electrónico o colocarse en un USB, si el paciente los proporciona, sin costo alguno. Habrá un cobro de $5 si RSC Dental Clinic proporciona el USB

Las radiografías y los registros se envían por correo electrónico con un programa de archivo zip cifrado y protegido con contraseña. _____ (Iniciales del Paciente)

☐ Favor de enviar o mandar por correo electrónico a ésta dirección a petición del paciente (se requiere 3 días habiles/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
Physical Address: 2250 W. 14th St., Tempe, AZ 85281
Mailing Address: 2323 W. 14th St., Tempe, AZ 85281
Phone & Fax: 480-377-4100
Email:dental.hygiene@riosalado.edu