

**PETICIÓN PARA ENVIAR RADIOGRAFÍAS O REPORTES DENTALES A OTRA OFICINA
O A USTED MISMO**

Información del Paciente:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Información suya o de la oficina a la cual usted necesita enviar sus radiografías o reportes:

***** Debe tener correo electrónico, ya que las radiografías están en formato digital!*****

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____