



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

**Brian Tidwell, 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**

2300 NW Kings Blvd.  
Corvallis, OR 97330

Phone: (541) 754-2214 | Fax: (541) 754-6631

[corvallis@midvalleydentaloregon.com](mailto:corvallis@midvalleydentaloregon.com)

\_\_\_\_\_  
Firma de paciente o padre sí el paciente es menor

\_\_\_\_\_  
Fecha