

Young Smiles Family Dentistry

4310 Walnut Street Philadelphia, PA 19104

Phone: (267) 279-7674 Fax: (267) 687-2534

Email: youngsmilesphilly@gmail.com

发放记录的授权书

患者姓名_____出生日期_____

地址_____

电子邮件地址_____电话号码_____

已披露信息：（请勾选要放行的所有项目）

☐ 放射科 ☐ 药物记录 ☐ 整个记录 ☐ 其他：_____

信息提供对象：

个人姓名或机构名称_____

地址 城市/州/邮区代码_____

电话号码_____ 传真号码_____

电子邮箱_____

授权：

我在此授权 “Young Smiles Family Dentistry”、其代理机构和雇员公开上述受保护的健康信息。

通过签署本表，我理解我授权 Young Smiles 全家族牙医诊所公布上述信息。

患者签名：_____日期：_____

打印姓名：_____