

Dental Information Sharing Policy

It is the goal of The Dental Surgery Center of DC to provide the highest quality care possible and to maintain continuity of care. The Dental Surgery Center of DC sees patients by referral only. It is our policy to send a post-dentistry report to the referring dentist to have on file for when you return to your primary care dentist.

____ I acknowledge that information regarding my treatment may be shared with the dental office that referred me to The Dental Surgery Center of DC

____ Please share information regarding my treatment with a different dental office than the one that referred me to The Dental Surgery Center of DC Dental office: _____

____ DO NOT send information regarding my treatment with the dental office that referred me to The Dental Surgery Center of DC

Patient / Guardian Signature

Date

Política de intercambio de información dental

El objetivo de The Dental Surgery Center of DC es proporcionar la atención de la más alta calidad posible y mantener la continuidad de cuidado. The Dental Surgery Center of DC ve a los pacientes solo por referencia. Es nuestra política enviar un informe después de cualquier proceso dental a la referir al dentista para tenerlo archivado para cuando regrese a su dentista de atención primaria.

____ Reconozco que la información con respecto a mi tratamiento puede ser compartida con la oficina dental que me refirió a The Dental Surgery Center of DC.

____ Por favor comparta información con respecto a mi tratamiento con una oficina dental diferente a la que se refiere a The Dental Surgery Center of DC Oficina dental:

____ NO envíe información sobre mi tratamiento con la oficina dental que me refirió a The Dental Surgery Center of DC

Firma del paciente / tutor

Fecha