

RECONOCIMIENTO DE PACIENTE RECIBO DE INFORMACIÓN SOBRE MATERIALES DENTALES



(866) 707-OMNI(6664)

• www.OmniFamilyHealth.org

Yo, _____, reconozco que _____,
(Nombre del paciente) *(Dentista o oficina dental)*

me proporcionó una copia de datos de materiales dentales según lo exige la ley.

Firma del paciente

Fecha