

# Wilmington Dental Care

General Dentistry for Youth

first tooth through age 20

Madre/Padre/Guardian Legal,

Gracias por traer hoy a su hijo(a)(s) a nuestra oficina dental. A su llegada, usted debio recibir una copia de nuestro "Aviso de Privacidad". La privacidad de su informacion de salud es muy importante para nosotros. Aunque nosotros no compartimos su informacion con otras agencias de mercadeo, si vamos como servicio a nuestros pacientes, darles una llamada de recordatorio como cortesia y posiblemente otras llamadas importantes hechas en un message previamente grabado.

Al firmar este documento, usted esta afirmando que usted a recibido el "Aviso de Privacidad" de Wilmington. Usted tambien esta consintiendo que puede recibir mensajes previamente grabados a los numeros de telefono (s) proporcionados a continuacion para llamadas importantes y necesarias.

Una vez mas, gracias por permitir a Wilmington a ortorgarles su servicios dentales.

Sinceramente,

Equipo de Wilmington

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre de madre/padre/guardian legal: \_\_\_\_\_

Firma de madre/padre/guardian legal: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Numero de telefono (hogar): \_\_\_\_\_

Numero de telefono (celular)r: \_\_\_\_\_