

# RECONOCIMIENTO DE PACIENTE RECIBO DE INFORMACIÓN SOBRE MATERIALES DENTALES

1 (800) 300-OMNI (66 64) • [www.OmniFamilyHealth.org](http://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