



Autorización odontológica

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
completó su examen odontológico. No padece ninguna infección activa que le impida someterse a un trasplante de riñón y tomar medicamentos inmunosupresores.

Marque una de las siguientes opciones: Autorizado / No autorizado

DE: _____
FIRMA DEL DDS FECHA

- NOMBRE COMPLETO DEL DDS EN LETRA IMPRENTA _____
- NOMBRE DEL CENTRO _____
- NÚMERO DE TELÉFONO _____

Envíe por fax el formulario cumplimentado al número: 702-383-1876