



## Autorización Dental

A: PROGRAMA DE TRASPLANTE RENAL

CENTRO MÉDICO UNIVERSITARIO

1800 W. CHARLESTON BLVD

LAS VEGAS, NV 89106

\_\_\_\_\_ ha completado su examen dental. No tiene ninguna infección que le impida recibir un trasplante de riñón y tomar medicamentos inmunosupresores.

Marque uno con un círculo: Borrado/No Borrado

Indique el motivo si no se aclara:

DESDE: \_\_\_\_\_

FIRMA DDS FECHA