

BIENVENIDO

Cuéntenos de su niño

Fecha de hoy: _____ Apodo: _____

Nombre del niño: _____
Apellido Nombre Inicial

Fecha de nacimiento del niño: ___/___/___ Edad: ___ Hombre Mujer

Correo electrónico: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Pasatiempos/deportes: _____

Teléfono Casa: (_____) _____

de Seguro Social: _____

Dirección del niño: _____

_____ # Apt./Condo
Ciudad Estado Código postal

Información general

¿Quién acompaña al niño hoy?

Nombre: _____ Relación: _____

¿Tiene Ud. custodia legal de este niño? Sí No

¿A quién debemos agradecerle que lo refiriera? _____

Otros hermanos: _____

Dentista: _____ Fecha de la última visita: _____

Teléfono del dentista: (_____) _____

Pariente o amigo que no viva con Ud.: _____

Nombre: _____ Teléfono: (_____) _____

Dirección: _____

_____ Ciudad Estado Código postal

Información de los padres

¿Quién es responsable de la cuenta? _____ Estado civil de los padres Solteros Casados Convivientes Viudos Divorciados Separados

Padre Padrastra Tutor

Nombre: _____ Fecha de nac: ___/___/___

Dirección (si es distinta de la del niño): _____ Tel. Casa: (_____) _____

SS: _____

Licencia de manejar: _____

Tel. Trabajo: (_____) _____ Ext: _____ Tel. Celular: (_____) _____

Email: _____

Patrón: _____ Ocupación: _____

Dirección del patrón: _____

_____ Ciudad Estado Código postal

Si tiene Plan de Ortodoncia para el niño, por favor llene la información a continuación:

Nombre de la compañía de seguros: _____

Dirección de la compañía de seguros: _____

_____ Ciudad Estado Código postal

Teléfono de la compañía de seguros: (_____) _____

Número de grupo (# de Plan, Local o Póliza): _____

Madre Madrastra Tutora

Nombre: _____ Fecha de nac: ___/___/___

Dirección (si es distinta de la del niño): _____ Tel. Casa: (_____) _____

SS: _____

Licencia de manejar: _____

Tel. Trabajo: (_____) _____ Ext: _____ Tel. Celular: (_____) _____

Email: _____

Patrón: _____ Ocupación: _____

Dirección del patrón: _____

_____ Ciudad Estado Código postal

Si tiene Plan de Ortodoncia para el niño, por favor llene la información a continuación:

Nombre de la compañía de seguros: _____

Dirección de la compañía de seguros: _____

_____ Ciudad Estado Código postal

Teléfono de la compañía de seguros: (_____) _____

Número de grupo (# de Plan, Local o Póliza): _____

Autorización/Permiso

Esta oficina se reserva el derecho de verificar el estado del crédito de sus pacientes potenciales y/o los padres del paciente antes de extenderle crédito por el costo del tratamiento, así como de utilizar, a discreción de la oficina, una o más fuentes de reporte de crédito. Si esta oficina acepta aseguranza, entiendo que soy responsable por el pago de los servicios prestados, así como soy responsable de pagar cualquier pago adicional o deducible que mi aseguranza no cubra. Por este medio autorizo al dentista a proporcionar cualquier información necesaria para garantizar el pago de beneficios. Además asigno directamente al médico todos los beneficios del seguro que se me pagarían. Además autorizo a utilizar esta firma en todas mis solicitudes de seguros, manuales o electrónicas.

Firma del padre o tutor

Fecha

CONTINÚA AL DORSO