

# 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:

# Ant. Nacido

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/Otro:

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/Otro:

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

**CONTINUA AL DORSO**