

Nombre Del Paciente: _____

Nombre

segundo nombre

Apellido

MADRE / TUTOR LEGAL (Marque con un círculo) Nombre _____

Apellido

Nombre de pila

Segundo nombre

Dirección _____

Calle / PO Box

Ciudad

Estado

Código postal

Fecha de nacimiento ____/____/____

de Seguro Social ____/____/____

de licencia de conducir _____ Estado _____ Correo Electrónico _____

Números de teléfono- Hogar _____ Celular _____ Trabajo _____

Lugar de trabajo _____ Ocupación _____

Nombre del cónyuge (si difiere del nombre del padre/ tutor legal) _____

PADRE / TUTOR LEGAL (Marque con un círculo) Nombre _____

Apellido

Nombre de pila

Segundo nombre

Dirección _____

Calle / PO Box

Ciudad

Estado

Código postal

Fecha de nacimiento ____/____/____

de Seguro Social ____/____/____

de licencia de conducir _____ Estado _____ Correo electrónico _____

Números de teléfono- Hogar _____ Celular _____ Trabajo _____

Lugar de trabajo _____ Ocupación _____

Nombre del cónyuge (si difiere del nombre de la madre / tutor legal) _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Si esta cubierto por un seguro dental tradicional, responda lo siguiente:

Nombre del asegurado _____

Apellido

Nombre de pila

Segundo nombre

No. de Seguro Social/ ID _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Relación con el paciente _____

Compañía de seguros _____ # de Tel. _____ Empleador _____ Grupo # _____

Nombre del asegurado _____

Apellido

Nombre de pila

Segundo nombre

No. de Seguro Social/ ID _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Vínculo con el paciente _____

Compañía de seguros _____ # de Tel. _____ Empleador _____ Grupo # _____

Inicial a continuación:

_____ Firmando esta forma, consiento en tomar la responsabilidad financiera llena de la cuenta de este niño independiente de lo que un decreto del divorcio puede declarar. Si el seguro dental es aplicable, entiendo que mi parte estimada de la cantidad de tratamiento es debida en el momento del servicio y que cualquier cantidad no pagada será pagada por mí dentro de 30 días. Entiendo que uno cargo financiero del Precio del Porcentaje Anual del 18% se impondrá a cualquier saldo de la cuenta 60 días o más excepcional

_____ Por este medio autorizo el pago de ventajas de seguros dentales, si alguno, que sean hechas directamente a los especialistas Dentales Pediátricos, PA

Firma del individuo que a llenado este formulario _____ Fecha _____

Nombre en imprenta _____ Relación con el paciente _____ (Form 18S)/Rev. 10.19