



Cuentenos de su Niño(a)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Niño(a): _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ___ Código Postal: _____
Teléfono #: (____) _____ Apodo: _____ Nombre de la Escuela: _____
Edad: _____ Qué grado: _____ ¿Mascotas?: _____ Nombres: _____
Ultima Visita Dental: ___/___/___ Intereses Especiales: _____

* ¿A quien podemos agradecer por referirlos a nosotros? _____

*Usamos esta información en nuestro Referral Program. Usted puede ganar un certificado de \$25.00 a Target. Preguntenos los detalles.

Informacion de la Persona Responsable

Padre/Guardian: _____ SSN: _____ - _____ - _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono: (____) _____ Relación con el Paciente: _____ Fecha de nacimiento _____
Trabajo: _____ Titulo de trabajo: _____ Teléfono del Trabajo: (____) _____
Dirección del Trabajo: _____ Ciudad/Estado: _____ Codigo Postal: _____

Madre/Guardian: _____ SSN: _____ - _____ - _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono: (____) _____ Relación con el Paciente: _____ Fecha de nacimiento _____
Trabajo: _____ Titulo de trabajo: _____ Teléfono del Trabajo: (____) _____
Dirección del Trabajo: _____ Ciudad/Estado: _____ Codigo Postal: _____

Dirección Electronica: _____

¿Quisiera que le confirmáramos sus citas a través del E-mail (computador)? _____

Ver al reverso →

Información del Seguro

- No tenemos seguro.
 Tenemos aseguranza.
 Tenemos doble aseguranza.

Como cortesía nuestra oficina puede cobrar directamente al seguro. Por favor llene la

Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ SSN: _____ - _____ - _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono:(____) _____ Relación con el Paciente: _____

Nombre del Empleó: _____ Teléfono:(____) _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ Zip: _____

Compañía de Seguro: _____ Teléfono:(____) _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ Zip: _____

del Plan/ #Grupo: _____ #de ID: _____

Nombre de la Unión: _____ Local #: _____

Yo, al firmar aquí, autorizo a los dentistas de Kids Dentist y a su personal a realizarle el trabajo odontológico a mi niño(a) y prometo mantenerlos informados de cambios en la salud de él o ella. Autorizo a Kids Dentist a cobrar a mi seguro dental y asumo responsabilidad de todas las cuentas. Ya que el plan de seguro y no entre el seguro y el dentista.

Firma: _____ Fecha: _____

For Office Use Only:

Date Verified: _____

Insurance Contact: _____ Phone: _____ Eff Date: _____ Calendar Year?: Y/N _____

Deductible: \$_____/_____(Indv/Family) Preventive: _____% Ded Applies? Y / N Basic: _____% Major: _____%

Yrly Max: _____ Cleaning Sched: _____ FL: _____ Sealants: _____

Pano/Full mouth: _____ BW's _____ Sp Maint: _____ SSC's: _____ Pulp: _____ Nitrous: Y / N _____%

Ortho: _____ % Ded _____ Age Limit _____ Pymnt Method _____ LT Max: _____

Dental Accident? Y/N _____ Verified Address Y/

©

