



Practice Limited to Pediatric Dentistry

## 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? \_\_\_\_\_

## 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** ⑩

# 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: \_\_\_\_\_

<b>For Office Use Only:</b>	<b>Reference #:</b> _____
Date Verified: _____	
Ins Contact: _____ Phone: _____ Eff Date: _____ Calendar Yr?: Y/N _____	
Deductible:\$_____/_____(Individual/Family) Preventive: _____% Ded Applies? Y / N Basic: _____% Major: _____%	
Yrly Max: _____ Ded applies to: Pano? Y / N _____ PA's? Y / N _____ BWX? Y / N _____ Seals? Y / N _____	
Cleaning Sched: _____ FL: _____ Pano/FMX: _____ Min Age _____ BWs: _____	
Sealants: _____%Freq _____ 1st/2nd _____ Age _____ Sp Maint: _____ SSC's: _____ Pulp: _____ Nitrous: Y / N _____%	
HX-DOS: Pano _____ Bwx _____ OE,PRO,FL _____ Seals _____	
Does Preventive Apply To Yrly Max? Y / N _____	
Posterior Downgrade for Composite fillings?: Yes or No	
If Secondary Insurance: Standard COB or Non Duplication of Benefits (Circle One)	