

¡BIENVENIDO!

Con placer recibimos a su niño en nuestra oficina. Nuestra meta es hacer que la visita de cada niño sea placentera y educativa. Nuestra práctica se basa en el cuidado preventivo. Deseamos enseñarle una buena higiene oral que le permita a su niño tener una hermosa sonrisa que dure toda la vida!

Cuéntenos de su niño

Fecha de hoy: _____

Nombre del niño: _____
Apellido Nombre Inicial

Fecha de nacimiento del niño: ____/____/____ Edad: _____

Apodo: _____ Hombre Mujer

Escuela: _____ Grado: _____

Pasatiempos: _____

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 atendidos por nosotros: _____

Pariente o amigo que no viva con Ud.: _____

Nombre: _____ Teléfono: (____) _____

Dirección: _____

Ciudad Estado Código postal

Información de los padres

Estado civil de los padres Solteros Casados Viudos Divorciados Separados

Padre Padrastro Tutor

Nombre: _____ Fecha de nac.: ____/____/____

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

Ciudad Estado Código postal

SS: _____ # Licencia de manejar: _____

Tel. Trabajo: (____) _____ Ext: _____ Tel. Casa: (____) _____

E-mail: _____ Tel. Celular/Otro: (____) _____

Patrón: _____

Dirección del patrón: _____

Ciudad Estado Código postal

Si tiene Plan Dental 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): _____

Ciudad Estado Código postal

SS: _____ # Licencia de manejar: _____

Tel. Trabajo: (____) _____ Ext: _____ Tel. Casa: (____) _____

E-mail: _____ Tel. Celular/Otro: (____) _____

Patrón: _____

Dirección del patrón: _____

Ciudad Estado Código postal

Si tiene Plan Dental 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

Certifico que mi hijo/a está cubierto por la Compañía de Seguros _____ y que será responsable de cualquier responsabilidad financiera no cubierta por la aseguradora. Entiendo que soy responsable por el pago de servicios prestados así como de cualquier deducible que mi aseguradora no cubra. Por este medio autorizo al dentista a difundir cualquier información que sea necesaria para asegurar el pago de beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todos los documentos sometidos a la aseguradora, tanto de forma manual como electrónica.

Firma del padre o guardián

Fecha

CONTINUA AL DORSO