



11800 Dessau Rd. Suite 203
 Austin, Texas 78754
 Main 512.490.1212
 Fax 512.490.1218



WELCOME



Parent or Responsible Party Information

Relationship to Patient: _____ Do you have legal custody of this child? Yes No

Your Full Name: _____ Sex: Male Female

Your Birth Date: _____ SS#: _____

Email: _____



Check Appropriate Box: Single Married Widowed Separated Divorced

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Mobile: (____) _____ Home: (____) _____

Employer Name: _____ Work: (____) _____

Check here if your child has no Dental Insurance or Self Pay

Check here if your child has Medicaid or CHIP Insurance

Insurance Name: _____ Phone: (____) _____

Policy Holder's Name (if different from above): _____

Policy #: _____ Group: _____

Claims Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

A claim will be filed with your primary insurance. The estimated patient portion is due when services are rendered.



How did you hear about us? Doctor/ Dentist Referral Friend Staff School or Day care Website

Insurance Outdoor Sign Other: _____

Patient Information

Name: _____

Sex: Male Female Birthday: _____

S.S.#: _____ Policy or Medicaid #: _____



Patient Information

Name: _____

Sex: Male Female Birthday: _____

S.S.#: _____ Policy or Medicaid #: _____



Patient Information

Name: _____

Sex: Male Female Birthday: _____

S.S.#: _____ Policy or Medicaid #: _____



Patient Information

Name: _____

Sex: Male Female Birthday: _____

S.S.#: _____ Policy or Medicaid #: _____





Información de Pariente y de Seguro



Relación a Paciente: _____ Tiene custodia legal de este niño? Sí No

Su Nombre: _____ Sexo: Masculino Femenino

Su Fecha de Nacimiento: _____ SS#: _____

Email: _____

Marque casilla apropiada: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Separado(a) Divorciado(a)

Su Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____ Teléfono: (____) _____

Su Trabajo: (____) _____ Teléfono del Trabajo: (____) _____

Marque aquí si su hijo(a) no tiene Seguro Dental

Marque aquí si su hijo(a) tiene Medicaid o CHIP Dental

Nombre del Seguro Dental: _____ Teléfono: _____

Nombre en el Segura si es diferente del nombre apuntado: _____

Póliza De Seguros: _____ # Del Grupo: _____

El Domicilio del Seguro: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____ Teléfono: (____) _____

Una reclamación de servicios rendidos será presentada con su compañía de seguros. La porción que le corresponde al paciente, se debe cuando rendimos servicios dentales.



¿Cómo se enteró de nosotros? Referido por Doctor/ Dentista Amigo(a) Un Empleado Escuela / Guardia Infantil

Sitio Web Seguro El Anunció de afuera Otro: _____

Información del paciente

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento _____ Sexo: Masculino Femenino

SS#: _____ # Medicaid o # Póliza De Seguros: _____



Información del paciente

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento _____ Sexo: Masculino Femenino

SS#: _____ # Medicaid o # Póliza De Seguros: _____



Información del paciente

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento _____ Sexo: Masculino Femenino

SS#: _____ # Medicaid o # Póliza De Seguros: _____



Información del paciente

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento _____ Sexo: Masculino Femenino

SS#: _____ # Medicaid o # Póliza De Seguros: _____

