



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: _____

