

# INFORMACION DE PADRE O GUARDIAN

NOMBRE DE PADRE: \_\_\_\_\_

Direccion (donde recibe correo): \_\_\_\_\_

Calle o Ruta Ciudad Estado Zona Postal

SS# \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Numero De Licencia

\_\_\_\_ Telefono: (casa) \_\_\_\_\_ (trabajo) \_\_\_\_\_

(celular) \_\_\_\_\_ Lugar De Trabajo: \_\_\_\_\_ Ocupacion:

\_\_\_\_\_

NOMBRE DE MADRE: \_\_\_\_\_

Direccion (donde recibe correo): \_\_\_\_\_

Calle o Ruta Ciudad Estado Zona Postal

SS# \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Numero De Licencia

\_\_\_\_ Telefono: (casa) \_\_\_\_\_ (trabajo) \_\_\_\_\_

(celular) \_\_\_\_\_ Lugar De Trabajo: \_\_\_\_\_ Ocupacion:

\_\_\_\_\_

En caso de una emergencia, a quien (mas de los que estan apuntados arriba) podemos contactar?

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion hacia el paciente: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

## Pago de Servicios

- Yo entiendo que el pago se debe de dar a la hora de los servicios.
- Cualquier cantidad estimada que no este cubierta por su aeguranza se debera al momento de servicio.

Como va a cubrir este pago? Por favor circule uno:

**Al contado o cheque Tarjeta de Credito Aseguranza Medicaid**

\*La informacion que he dado es correcta, segun mi leal saber, y se mantendra en la mas estricta confidencialidad. Tambien entiendo que es mi responsabilidad informarle a esta oficina si hay algun cambio en la salud de mi hijo/a, direccion o cualquier otra informacion personal. Yo autorizo al personal a que le den los servicios dentales que ellos demanden necesarios.

\*Al firmar esta forma, acepto la responsabilidad financiera de la cuenta de este nino/a. Entiendo que mi parte estimada del monto del tratamiento se debe en el momento de servicio y que cualquier monto no pagado por el seguro sera pagado por mi.

\*Yo autorizo que el pago de los beneficios de la aseguranza dental, si corresponde, se realice directamente a East Texas Children's Dentistry, P.A.

Firma de Padre/Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_