

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 responsibilidad 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 responsibilidad 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: _____