



INFORMACIÓN DEL PADRE O TUTOR

PADRE:

NOMBRE:

Apellido

Nombre

Inicial del segundo nombre

DIRECCIÓN POSTAL:

Calle or 911

Ciudad

Estado

Código postal

NÚMERO DE ASEGURANZA SOCIAL:

-

FECHA DE NACIMIENTO:

/

/

LICENCIA DE CONDUCIR:

TELÉFONO DE CASA:

TELÉFONO CELULAR:

TELÉFONO DEL TRABAJO#:

CORREO ELECTRÓNICO:

LUGAR DE EMPLEO:

OCUPACIÓN:

COMPAÑÍA DE ASEGURANZA DENTAL

MADRE:

NOMBRE:

Apellido

Nombre

Inicial del segundo nombre

DIRECCIÓN POSTAL:

Calle or 911

Ciudad

Estado

Código postal

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:

-

FECHA DE NACIMIENTO:

/

/

LICENCIA DE CONDUCIR:

TELÉFONO DE CASA:

TELÉFONO CELULAR:

TELÉFONO DEL TRABAJO#:

CORREO ELECTRÓNICO:

LUGAR DE EMPLEO:

OCUPACIÓN:

COMPAÑÍA DE ASEGURANZA DENTAL

En caso de emergencia, ¿a quién (aparte de los mencionados arriba) deberíamos contactar?

Nombre:

Relación con el niño:

Teléfono:

PAGO DE HONORARIOS PROFESIONALES

- Entiendo que el pago debe realizarse en el momento del servicio.
- Cualquier cantidad estimada que NO esté cubierta por el seguro deberá pagarse en el momento del servicio.
- ¿Cómo espera realizar su pago? (Por favor marque una opción):

☐

Efectivo o cheque

☐

Tarjeta de crédito

☐

Aseguradora

☐

Medicaid

- La información que he proporcionado es correcta según mi leal saber y entender, y se mantendrá en la más estricta confidencialidad. También entiendo que es mi responsabilidad informar a esta oficina sobre cualquier cambio en el estado de salud de mi hijo, dirección u otra información personal. Autorizo al personal dental a realizar cualquier servicio dental que consideren necesario.
- Doy permiso a East Texas Children's Dentistry, P.A., para usar el nombre y la foto de mi hijo en su sitio web o para cualquier anuncio publicitario y/o uso educativo.
- Al firmar este formulario, acepto asumir la responsabilidad financiera total de la cuenta de este niño. Entiendo que mi parte estimada del monto del tratamiento se debe en el momento del servicio y que cualquier cantidad no pagada por el seguro será pagadera por mí.
- Por la presente autorizo que el pago de los beneficios del seguro dental, si los hubiera, se realice directamente a East Texas Children's Dentistry, P.A.

Firma

Imprimir Nombre

Fecha