



### INFORMACIÓN FAMILIA

Fecha \_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente(s) \_\_\_\_\_  
Niños menores de 18 años \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL TUTOR

Nombre del Padre _____	Nobre de la Madre _____
Fecha de Nacimiento _____	Fecha de Necimiento _____
Dirección _____	Dirección _____
Ciudad _____ Codigo Postal _____	Ciudad _____ Codigo Postal _____
# Telefonico _____	# Telefonico _____
Email _____	Email _____
# De Seguro Social _____	# De Seguro Social Social _____
Empleo _____	Empleo _____
# De Tel de Empleo _____	# De Tel de _____
empleo _____	
Dirección de Empleo _____	Dirección de empleo _____
Compañía de Aseguranza Dental ( Si se tiene)	Compañía de Aseguranza Detal (Si se tiene)
Nombre _____	Nombre _____
# De Póliza _____	# De Póliza _____

Nombre de la Persona que debe ser contactada en caso de emergencia \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ # Telefonico \_\_\_\_\_ Relación al paciente \_\_\_\_\_

### Como localizo nuestra oficina ( Favor de especificar )

Paginas Amarillas / Bridgerland / Directorio de Cache Valley / Por el Internet/Google  
Por el logo de nuestro edificio / Por nuestra pagina web / Facebook  
Amigo \_\_\_\_\_ Familia \_\_\_\_\_  
Dentista/Doctor \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

### NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA

Los **padres o tutores que acompañan al niño(s)** son responsables de cualquier pago al momento que se brindan los servicios, al menos que se haya llegado a otro acuerdo

Nombre de la Persona responsable \_\_\_\_\_ Relación al paciente \_\_\_\_\_

En consideración a los servicios profesionales que se le han brindado a mi niño, yo la presente/o acepto la responsabilidad por el pago de los servicios necesarios.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_