



La información a continuación debe ser completada por un padre o tutor. Si no tiene el derecho legal de completar este formulario, informe a la recepción.

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

INFORMACIÓN DEL TUTOR

Nombre del Padre _____	Nombre de la Madre _____
Fecha de Nacimiento _____	Fecha de Nacimiento _____
Dirección _____	Dirección _____
Ciudad _____ Código Postal _____	Ciudad _____ Código 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 _____

Información del seguro dental primario	Información del seguro dental secundario
Compañía de seguros _____	Compañía de seguros _____
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)

Por el Internet/Google Por el logo de nuestro edificio Por nuestra página 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: _____