



# Formulario de bienvenida

Damos la bienvenida a nuestra práctica. Tómese unos minutos para completar los formularios por completo

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Apodo \_\_\_\_\_

Sex  M  F Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar (\_\_\_\_\_) Celda # (\_\_\_\_\_) Correo electrónico \_\_\_\_\_

Nombre del pediatra del niño \_\_\_\_\_ Número de teléfono del médico \_\_\_\_\_

Notificar en caso de emergencia \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteran de nosotros? Por favor nombre: \_\_\_\_\_

## Información de padres o tutores legales

Nombre de la madre \_\_\_\_\_ Nombre del padre \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_ Nombre del seguro \_\_\_\_\_

Dirección de facturación \_\_\_\_\_ ID # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

Soc Sec # \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Número de teléfono del seguro \_\_\_\_\_

Autorización \* He revisado la información en este cuestionario y es exacto según mi leal saber y entender. Entiendo que esta información será utilizada por el dentista para ayudar a determinar un tratamiento dental apropiado y saludable. Si hay algún cambio en mi condición médica, informaré al dentista. \* Autoricé a mi compañía de seguros a pagarle al dentista o al grupo dental todos los beneficios de seguro que de otra manera se me pagarían por los servicios prestados. \* Autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros. \* Autorizo al dentista a divulgar toda la información necesaria para garantizar el pago de los beneficios. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sea que los pague o no el seguro.

Signature \_\_\_\_\_ (circle: Mom/Dad/Grandparent/Legal Guardian) Date: \_\_\_\_\_