

# JUST 4 KIDS

Pediatric Dentistry & Sedation

## Información del paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ # de apartamento \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal \_\_\_\_\_

## Información del padre o tutor legal

Nombre: \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

Casado/a  Soltero/a  Otro

# De seguridad social: \_\_\_\_\_

Teléfono: (Hogar) \_\_\_\_\_ (Cellular) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ # de apartamento \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## Seguro Dental

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación al paciente: \_\_\_\_\_ # de seguridad social \_\_\_\_\_

Empresa: \_\_\_\_\_ Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_

# De grupo: \_\_\_\_\_ # de identificación \_\_\_\_\_

## Seguro Secundario

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación al paciente: \_\_\_\_\_ # de seguridad social \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_

# De grupo: \_\_\_\_\_ # de identificación \_\_\_\_\_

## En Caso de Emergencia llamar:

Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Relación al paciente: \_\_\_\_\_

¿Como se entero de nosotros? \_\_\_\_\_

Firmando abajo declare que toda la información en este formulario es correcta.

Firma del padre o tutor legal: \_\_\_\_\_