

Información del niño(a)

Nombre del Niño(a): _____ Fecha de Nacimiento: _____
Sexo: Niño Niña Seguro Social del niño(a): _____
Quién acompaña el niño(a) hoy? _____ Quien lo ha referido? _____

Información de los padres

Nombre del Padre: _____ Nombre de la Madre: _____
Dirección: _____ Dirección: _____
Apartado Postal: _____ Apartado Postal: _____
Ciudad: _____ Ciudad: _____
Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Casa: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Numero de Seguro Social: _____ Numero de Seguro Social: _____
Empleador: _____ Empleador: _____
Dirección: _____ Dirección: _____
Ciudad: _____ Ciudad: _____
Teléfono del trabajo: _____ Teléfono del trabajo: _____
Casado con la madre del niño(a)? Sí No o Divorciado Casado con la madre del niño(a)? Sí No o Divorciado

Si los padres no están casados o están divorciados quien tiene custodia legal. _____

Si los padres no están casados o están divorciados quien tiene el derecho de autorizar el tratamiento?

Comentarios adicionales: _____

Si no vive este niño(a) con sus padres quien tiene custodia legal?

Nombre de guardián legal? _____ Empleador: _____
Dirección: _____ Dirección: _____
Apartado postal: _____ Ciudad _____ Apartado postal: _____ Ciudad _____
Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____
Fecha de nacimiento: _____ Numero de seguro social: _____

En caso de emergencia

¿En caso de emergencia a quien podremos notificar? _____
(Nombre de otra persona no su cónyuge) Teléfono

Forma de pago, circule uno

Efectivo Aseguranc Medi-cal MC/Visa Programa Migrante TCC Otro _____

Si tiene aseguranc anote al revés de esta forma.

YO EL PADRE/MADRE O GUARDIÁN LEGAL ENTIENDO QUE LA INFORMACIÓN QUE LES HE DADO ES CORECTA SÉGUN MÍ CONOCIMIENTO. RECONOZCO QUE SOY RESPONSABLE POR EL PAGO TOTAL DEL COSTO DE LOS SERVICIOS RENDIDOS EN ESTA OFECINA PARA EL NIÑO(A) NOMBRADO ARRIBA; AUNQUE TENGA SEGURO DENTAL. ENTIENDO QUE REDITOS DE 1.5% POR MES (18% REDITO ANNUAL), O COBROS DE RETRASO PUEDEN SER COBRADOS A MI CUENTA. ENTIENDO QUE CULQUIER COSTO LEGAL O COBRO RASONABLE NECESARIOS PARA COLECTAR EL BALANCE DEBIDO A ESTA OFECINA TAMBIEN ES MI RESPONSABILIDAD. CONSIENTO Y AUTORIZO REVELAR LA INFORMACÓN CONTENIDA EN ESTA FORMA O UNA COPIA, ADEMAS DE LA INFORMACIÓN SOBRE COSTO Y COBROS DE LOS SERVICIOS DENTALES RENDIDODS A EL NIÑO(A) NOMBRADA ARRIBA A LOS SIGIENTES INDIVIDUOS: AGENCIA DE COLECCIÓN, PADRE O MADRE DEL NIÑO O GUARDIAN LEGAL.
TAMBIEN AUTORIZO QUE EL PAGO DE LOS BENEFICIOS DE LA ASEGURANCA SEAN DIRECTAMENTE PAGADOS A GEORGE M. WILSON D.D.S.,INC.

FIRMA: _____ FECHA: _____

Nombre del Niño(a): _____ Fecha de Nacimiento: _____

La aseguranca primaria es determinada por el mes de nacimiento de los asegurados. Por ejemplo: un asegurado es nacido en Mayo y el otro en Agosto; el asegurado quien nació en Mayo es el primario.

Sección 1: Fecha: _____

Aseguranca primaria: _____

Dirección: _____

Fecha efectiva: _____

Numero del plan o grupo: _____

Miembro o empleado cubierto: _____

¿Relación al paciente? _____

Aseguranca secundaria: _____

Dirección: _____

Fecha efectiva: _____

Numero del plan o grupo: _____

Miembro o empleado cubierto: _____

¿Relación al paciente? _____

Si los padres/guardián legal esta divorciados o no viven juntos, ¿Quién tiene custodia físico 51% o más del tiempo? _____ (Esto es la excepción a la regla de la fecha de nacimiento. La aseguranca primaria seria el que tiene custodia 51% del tiempo.)

Si hay orden de la corte sobre este tema, necesitamos una copia.

Sección 2: Fecha: _____

Aseguranca primaria: _____

Dirección: _____

Fecha efectiva: _____

Numero del plan o grupo: _____

Miembro o empleado cubierto: _____

¿Relación al paciente? _____

Aseguranca secundaria: _____

Dirección: _____

Fecha efectiva: _____

Numero del plan o grupo: _____

Miembro o empleado cubierto: _____

¿Relación al paciente? _____

Si los padres/guardián legal esta divorciados o no viven juntos, ¿Quién tiene custodia físico 51% o más del tiempo? _____ (Esto es la excepción a la regla de la fecha de nacimiento. La aseguranca primaria seria el que tiene custodia 51% del tiempo.)

Si hay orden de la corte sobre este tema, necesitamos una copia.

Sección 1: Fecha: _____

Aseguranca primaria: _____

Dirección: _____

Fecha efectiva: _____

Numero del plan o grupo: _____

Miembro o empleado cubierto: _____

¿Relación al paciente? _____

Aseguranca secundaria: _____

Dirección: _____

Fecha efectiva: _____

Numero del plan o grupo: _____

Miembro o empleado cubierto: _____

¿Relación al paciente? _____

Si los padres/guardián legal esta divorciados o no viven juntos, ¿Quién tiene custodia físico 51% o más del tiempo? _____ (Esto es una excepción a la regla de la fecha de nacimiento. La aseguranca primaria seria el que tiene custodia 51% del tiempo.)

Si hay orden de la corte sobre este tema, necesitamos una copia.