



Actualizacion

Fecha: _____

Nombre Del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre Del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre Del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre Del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Direccion: _____ Apt # _____

Ciudad: _____ Ciudad: _____Codigo Postal: _____

Numero de Casa: _____ Celular/Trabajo: _____

Information de Aseguranza

Nombre de Aseguranza: _____ Numero de tel. de Aseguranza: _____

Numero de S.S: _____ Portador de Aseguranza: _____

Numero de Póliza: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Empleador: _____ Numero de Grupo: _____

Actualizacion Medica

¿El paciente/es ha tenido algún cambio médico o medicamento nuevo desde la última cita?

Si hay, Por favor Explique: _____

Tiene su hijo/a o hijos algun problema dental de cual a usted le gustaria hablar con el doctor?

Si hay, por favor Explique: _____

Para que My Kidz Dentist pueda atender a su hijo/hija es requerido por ley que la officina reciba consentimiento por escrito del padre/guardian. Tambien es importante que usted entienda que aunque tenga seguro dental, usted es responsable por cualquier tratamiento que no cubra la aseguranza. Si su cuenta es mandada a colección, usted es responsable por los cargos de colección.

Firma de Padre/Guardian _____ Fecha _____