



### INFORMACIÓN FAMILIA

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente(s) \_\_\_\_\_

Niños menores de 18 años \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL TUTOR

Nombre del Padre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

# Telefonico \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

# De Seguro Social \_\_\_\_\_

Empleo \_\_\_\_\_

# De Tel de Empleo \_\_\_\_\_

Dirección de Empleo \_\_\_\_\_

Nobre de la Madre \_\_\_\_\_

Fecha de Necimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

# Telefonico \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

# De Seguro Social Social \_\_\_\_\_

Empleo \_\_\_\_\_

# De Tel de empleo \_\_\_\_\_

Dirección de empleo \_\_\_\_\_

Compañía de Aseguraza Dental ( Si se tiene)

Nombre \_\_\_\_\_

# De Póliza \_\_\_\_\_

Compañía de Aseguraza Detal (Si se tiene)

Nombre \_\_\_\_\_

# 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 )

Paginas Amarillas / Bridgerland / Directorio de Cache Valley / Por el Internet/Google

Por el logo de nustr edificio / Por nuetra pagina 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 serviciós profecionales que se le han brindado a mi niño, yo la presente/o acepto la responsabilidad por el pago de los servicios necesarios.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_