

**Informacion del/a Paciente**

Nombre de la Madre \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_  
Numero de Telefono: \_\_\_\_\_ de Celular: \_\_\_\_\_ del Trabajo: \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_

Nombre del Padre \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_  
Numero de Telefono \_\_\_\_\_ de Celular \_\_\_\_\_ del Trabajo \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_

Nombre del persona legalmente responsable (si es applicable) \_\_\_\_\_  
Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_  
Numero de Telefono \_\_\_\_\_ de Celular \_\_\_\_\_ del Trabajo \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_

**Aseguransa Primaria**

Suscriptor \_\_\_\_\_  
Seguro Social \_\_\_\_\_  
Nombre de Aseguransa \_\_\_\_\_  
Grupo \_\_\_\_\_

**Aseguransa Secundaria (si es applicable)**

Suscriptor \_\_\_\_\_  
Seguro Social \_\_\_\_\_  
Nombre de Aseguransa \_\_\_\_\_  
Grupo \_\_\_\_\_

Como cortesia ha usted, estaremos felizes de cobrarle a su aseguransa dental si usted ha llenado esta forma.

Polisa de la oficina: Hacemos lo posible para estar a la hora con las citas. Como cortesia a nuestros pacientes, con placer le daremos otra cita con 24 horas de notificacion. Si llega mas de diez minutos tarde, su cita sera cancelada, y le daremos otra cita a su combeniencia. Si falta a su cita y no nos ha notificado, se le mandara una advertencia por escrito a su hogar. Si falta a su cita sin notificarnos por segunda vez, un cobro de \$50 sera aplicado para poder darle su siguiente cita. Si falta a una cita sin notificarnos por una tercera vez, un cobro de \$50 sera aplicado y el/la paciente sera despedido de nuestra oficina.

E leido la polisa indicada arriba y estoy de acuerdo con los terminos. Además, autoriso mis beneficios de aseguransa que sean pagados directamente a la Yakima Pediatric Dentistry. Entiendo que soy financieramente responsable por servicios que no sean cubiertos, aparte de cualquier balance despues que mi compania de aseguransa haya pagado. La informacion de arriba es correcta segun como lo entiendo.

Persona Legalmente Responsable \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_