

## Información del Persona Responsable

Nombre (Padre) \_\_\_\_\_  
Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo \_\_\_\_\_

Domicilio de Residencia \_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_ ciudad \_\_\_\_\_ estado \_\_\_\_\_ codigo postal \_\_\_\_\_

Domicilio Postal \_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_ ciudad \_\_\_\_\_ estado \_\_\_\_\_ codigo postal \_\_\_\_\_

Cuanto tiempo a este domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono de Empleo \_\_\_\_\_

Previo domicilio (si es menos de 3 años) \_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_ ciudad \_\_\_\_\_ estado \_\_\_\_\_ codigo postal \_\_\_\_\_

# seguro social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Patron \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ # de años empleando \_\_\_\_\_

Nombre (madre) \_\_\_\_\_  
Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo \_\_\_\_\_

Patron \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ # de años empleando \_\_\_\_\_

# seguro social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

## Información de Seguro

Nombre de asegurar \_\_\_\_\_ asegurar # seguro social \_\_\_\_\_

Compañía de seguro \_\_\_\_\_ # de grupo \_\_\_\_\_ # local \_\_\_\_\_

Domicilio de seguro \_\_\_\_\_

Tiene doble cubrimiento? Si  No  Si tiene::

Nombre de asegurar \_\_\_\_\_ asegurar # seguro social \_\_\_\_\_

Nombre del la campaña de Seguro \_\_\_\_\_ # de grupo \_\_\_\_\_ # local \_\_\_\_\_

Domicilio de la compañía de Seguro \_\_\_\_\_

Nombre del patron del asegurar \_\_\_\_\_

## La Persona de Beneficio

Recibi lo siguiente plan y cuentas de tratamiento. Sere responsable por toda las cuentas del servicio de dentista or materiales cual no pagará mis beneficios del dentista, solamente si el dentista contrato un acurdo a mi seguro del dentista, prohíbe parte o toda la cuenta. Al permiso sobre la ley, yo autorizo de relevado cualquiera información de este demanda.

**Firma del Primario Asegurado** \_\_\_\_\_

**Firma de la Secunda Asegurado** \_\_\_\_\_

Yo autoriso pagos de los beneficio dental otro modo sean pagados directo a mi del nombre siguiente.

**Firma del Primario Asegurado** \_\_\_\_\_

**Firma de la Secunda Asegurado** \_\_\_\_\_

Firma (firma de padres si es menor de edad) \_\_\_\_\_

Alcoriente (fecha y iniciales) \_\_\_\_\_

**Persona Responsable** \_\_\_\_\_

**Antecedentes Personales**

niño #1	_____	_____	_____	Edad	_____	niño (a)	_____
	nombre	apellido	fecha nacimiento				
niño #2	_____	_____	_____	Edad	_____	niño (a)	_____
	nombre	apellido	fecha nacimiento				
niño #3	_____	_____	_____	Edad	_____	niño (a)	_____
	nombre	apellido	fecha nacimiento				
niño #4	_____	_____	_____	Edad	_____	niño (a)	_____
	nombre	apellido	fecha nacimiento				
niño #5	_____	_____	_____	Edad	_____	niño (a)	_____
	nombre	apellido	fecha nacimiento				

**Conteste Lo Siguiente Para Cada Niño (A):**

1. Esta bajo tratamiento medico actualmente? \_\_\_\_\_ si ( ) no ( ) # niño \_\_\_\_\_
2. Ha tenido alguna enfermedad seria durante al ultimo ano? \_\_\_\_\_ si ( ) no ( ) # niño \_\_\_\_\_
3. Toma medicinas regularmente? \_\_\_\_\_ si ( ) no ( ) # niño \_\_\_\_\_
4. Tiene su niño (a) alergia o algun medicamento como penicilina? \_\_\_\_\_ si ( ) no ( ) # niño \_\_\_\_\_
5. Tienen problemas nerviosos, desmayos, mareos? \_\_\_\_\_ si ( ) no ( ) # niño \_\_\_\_\_
6. Tiene su niño (a) algun problema en su sangre (sangrado excesivo)? \_\_\_\_\_ si ( ) no ( ) # niño \_\_\_\_\_
7. Se le forman a su niño (a) moretes facilmente? \_\_\_\_\_ si ( ) no ( ) # niño \_\_\_\_\_
8. Tiene su niño (a) antecedentes de reaccion alergica? \_\_\_\_\_ si ( ) no ( ) # niño \_\_\_\_\_
9. Tiene su niño (a) antecedentes de enfermedad del corazon, diabetes, asma, epilepsia, fiebre reumatica, tuberculosis, higado, rinon u otras problemas medicos.  
(encierra en un circulo) \_\_\_\_\_ si ( ) no ( ) # niño \_\_\_\_\_
10. Ha tenido su niño (a) una reaccion desfavorable por tratamientos con dentistas o medicos? \_\_\_\_\_ si ( ) no ( ) # niño \_\_\_\_\_
11. Se chupa su niño (a) el dedo? \_\_\_\_\_ si ( ) no ( ) # niño \_\_\_\_\_
12. Toma su niño (a) vitaminas o agua fluor? \_\_\_\_\_ si ( ) no ( ) # niño \_\_\_\_\_
13. Adopto usted a su niño (a)? \_\_\_\_\_ si ( ) no ( ) # niño \_\_\_\_\_
14. Para poder servir mejor a su niño (a) es necesario que describa Ud, cualquier problema o dificultad que se haya presentado en el pasado durante tratamientos medicos o dentales. (si no hay ninguno, escriba ninguno)  
\_\_\_\_\_

**Responsabilidad Financiera Y Autorizacion**

Autorizo cualquier tratamiento dental y uso medicamentos par mi niño (a) y me hago responsable de pagar el costo de dicho tratamiento.

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

Si por razones inesperadas y fuera de control, Richard Mandelaris, D.M.D., a Professional Corporation, no puede prestar los servicios profesionales al tiempo en que estos son requeridos, Richard Mandelaris, D.M.D., a Professional Corporation tendra el derecho de referir al paciente con otro doctor. Richard Mandelaris, D.M.D., a Professional Corporation, se reserve el derecho de elegir el empleado que llevara o cabo el tratamiento dental.

Firma de Padre o Madre: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_