



(*Por favor de llenar todos los campos obligatorios*)

***Madre/GURDIAN:** _____

*Fecha de Nacimiento: ____/____/____ *de Seguro Social #: ____ - ____ - ____

*Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ *Codigo Postal: _____

*Email: _____

*Casa #: (____) _____ Cellular #: (____) _____

Casado Divorciarse Soltero Otro: _____

***FATHER/GUARDIAN:** _____

*Fecha de Nacimiento: ____/____/____ *de Seguro Social #: ____ - ____ - ____

*Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ *Codigo Postal: _____

*Email: _____

*Casa #: (____) _____ Cellular #: (____) _____

Casado Divorciarse Soltero Otro: _____

****Ha tenido su hijo/a una cita dental con cualquier otra oficina dental desde la ultima vez que fueron vistos aqui? ** Si _____ **NO _____**

**** Si el procedimiento no esta cubierto por su seguro debido a una cita en otra parte, usted seria responsable por el saldo en su cuenta.**

*****El seguro médico es un contrato entre usted y su compañía de seguro. Nosotros mandaremos la cuenta a su compañía de seguros como una cortesía a usted. Aunque estimamos lo que su póliza puede pagar, es la compañía de seguros que hace la determinación de los cargos no cubiertos por el seguro.**

Yo autorizo que el pago por mi compañía de seguro dental sea directamente a Smiles 4 Kids. Asimismo, autorizo la divulgación de cualquier información dental necesaria para procesar todas las reclamaciones dentales. Yo entiendo que soy responsable de todos los gastos de tratamiento dental, mio o de mi familia, independientemente de la cobertura del seguro.

*****Legal Guardian Signature:** _____ **Date** _____