

Date _____

Fecha _____

Patient's Name _____
Last First Middle

Nombre de Paciente _____
Apellido Nombre

Date of Birth _____

Fecha de Nacimiento _____

If Child:
Parent's Name _____
Last First Middle

Si es Niño:
Nombre de Padres _____
Apellido Nombre

How do wish to be addressed? _____

¿Como le gusta ser nombrado? _____

Single ___ Married ___ Separated ___ Widowed ___ Minor ___

Soltero ___ Casado ___ Separado ___ Viudo ___ Menor ___

Residence Street _____

Dirección donde vive _____

City _____ State _____ Zip _____

Ciudad _____ Estado _____ # de Area _____

Business Address _____

Dirección de Negocio _____

Telephone: Res. _____ Bus. _____

Teléfono de su Residencia _____ Negocio _____

Patient/Parent Employment _____

Paciente/Padres Empleo _____

Present Position _____ How Long _____

Presente Posición _____ Cuánto Tiempo _____

Spouse/Parent Name _____

Nombre se su Esposo/a _____

DENTAL INSURANCE FIRST COVERAGE

Employee Name _____

Nombre del Empleado _____

Employee Date of Birth _____

Fecha de Nacimiento del Empleado _____

Employer _____ # Years _____

Empleador _____ # Años _____

Name of Insurance Co. _____

Nombre de la Compañía de Aseguranza _____

Address _____

Dirección _____

Teléfono _____

Telephone _____

Program or Policy No. _____

Programa ó # de Póliza _____

Union or Local Group _____

Unión Local o Grupo _____

Social Security No. _____

No. de Seguro Social _____

KidsKare P.C.
Las Cruces

RELEASE:

RENUNCIAR:

I authorize the dentist to perform diagnostic procedures and treatment as may be necessary for proper dental care.

Yo autorizo a el dentista performe los procedimientos de diagnostico y tratamiento que sean necesarios para el cuidado dental apropiado.

I authorize release of any information concerning my (or my child's) health care, advice or treatment provided for the purpose of evaluation and administrating claims for insurance benefits.

Yo autorizo que se de información que concierne mi (ó mis hijos) de el cuidado de salud y tratamiento que se provee con el propósito de evaluar y suministrar quejas de beneficios a la aseguranza.

I authorize release of any information concerning my (or my child's) health care, advice and treatment to another dentist.

Yo autorizo que se de información que concierne mi (ó mis hijos) de el cuidado de salud, consejo y tratamiento a otro dentista.

I understand that I am responsible for all costs of dental treatment.

Yo entiendo que soy responsable de todos los costos del tratamiento dental.

I hereby authorize payment of Insurance Benefits directly to the dentist or dental group, otherwise payable to me.

Por este medio autorizo pago de Beneficios de Aseguranza directamente a el dentista o grupo dental, de otro modo pagado a mi mismo.

I attest to the accuracy of the information on this page.

Yo certifico de la exactitud de la información en ésta página.

Patient's or Guardian's

Signature _____ Date _____

Firma del Paciente o

Guardianes _____ Fecha _____

KidsKare P.C.
Las Cruces