



**Sparks Location**  
2145 Green Vista Dr.  
Sparks, NV 89431  
775.331.9477

**Fallon Location**  
2152 Reno Hwy. #B  
Fallon, NV 89406  
775.423.9453

**Perry Francis DDS**  
www.waskids.com

## Gracias por tomarse el tiempo para completar estos formularios.

NOMBRE DEL PACIENTE: PRIMERO		APELLIDO		MEDIO		NOMBRE PREFERIDO (OPCIONAL)	
Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)		GÉNERO M      H(F)		DIRECCIÓN DEL HOGAR (Número, Calle, Ruta, Etc.)			
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO DOMICILIARIO (XXX-XXX-XXXX)		TELÉFONO CELULAR (XXX-XXX-XXXX)		OTRO TELÉFONO (XXX-XXX-XXXX)
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (EXAMPLE@DOMAIN.COM):							
ESTADO MARCIAL DE PADRES (Marque uno)		CASADO	SOLTERO	APARTADO	DIVORCIADO	VIUDO	COMPAÑERO
¿CON QUIEN VIVE EL PACIENTE?				¿A quién informamos?			

**Proporcione la siguiente información si el paciente es menor de 18 años o tiene un tutor legal**

<b>¿Quién es responsable del pago de los servicios?</b>				RELACIÓN CON EL PACIENTE:			
PRIMER NOMBRE		APELLIDO		NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL		Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)	
DIRECCIÓN DE CORREO (si es diferente del paciente)				CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
Empleador	posición		Trabajo # ¿está bien llamar a su trabajo?			Sí	No

<b>¿Quién es responsable del pago de los servicios?</b>				RELACIÓN CON EL PACIENTE:			
PRIMER NOMBRE		APELLIDO		NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL		Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)	
DIRECCIÓN DE CORREO (si es diferente del paciente)				CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
Empleador	posición		Trabajo # ¿está bien llamar a su trabajo?			Sí	No

### Primary Dental Insurance:

TITULAR DE LA POLÍTICA SECUNDARIA: PRIMERO NOMBRE		APELLIDO		NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL		Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)	
Empleador	Número de grupo (primario)		Nombre del seguro dental (primario)			Sí	No
Dirección de seguro dental (primaria)				CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
NÚMERO DE TELÉFONO DEL SEGURO (XXX-XXX-XXXX)							

### INFORMACIÓN DE POLÍTICA SECUNDARIA (SI CORRESPONDE):

TITULAR DE LA POLÍTICA SECUNDARIA: PRIMERO NOMBRE		APELLIDO		NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL		Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)	
Empleador	Número de grupo (secundario)		Nombre del seguro dental (secundario)			Sí	No
Dirección de seguro dental (secundario)				CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
NÚMERO DE TELÉFONO DEL SEGURO (XXX-XXX-XXXX)							

### ¿A quién podemos agradecerle por referirlo a nuestra práctica?

				Nombre			
CONTACTO DE EMERGENCIA: PRIMERO NOMBRE		APELLIDO		TELÉFONO CELULAR (XXX-XXX-XXXX)		RELACIÓN CON EL PACIENTE:	

Autorizo al dentista a realizar los procedimientos de diagnóstico y tratamiento que sean necesarios para el cuidado dental adecuado. Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con la atención médica, el asesoramiento y el tratamiento de mi hijo, con el fin de evaluar y administrar los reclamos por los beneficios del seguro. Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con la atención médica, el asesoramiento y el tratamiento de mi hijo a otro dentista. Por la presente, autorizo el pago de los beneficios del seguro directamente al dentista, de lo contrario, pagadero a mí. Entiendo que mi compañía de seguros de atención dental o pagador de mis beneficios dentales puede pagar menos que la factura o los servicios reales. Entiendo que soy financieramente responsable del pago completo de todas las cuentas. Al firmar esta declaración, revoco todos los acuerdos previos en contrario y acepto ser responsable del pago de los servicios no pagados, en todo o en parte, por mi pagador de cuidado dental. Doy fe de la exactitud de la información en esta página.

Firma:				Fecha:			
--------	--	--	--	--------	--	--	--