



Victor Valley
Kids Dental

Fecha de hoy: _____

Bienvenido

INFORMACIÓN DEL PACIENTE - PRIMER NIÑO

Nombre del niño: _____
 Nombre Preferido: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Código Postal _____
 Mejor Teléfono de Contacto: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
 Masculino Feminina
 Escuela: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE - SEGUNDO HIJO

Nombre del niño: _____
 Nombre Preferido: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
 Masculino Feminina
 Escuela: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE - TERCER HIJO

Nombre del niño: _____
 Nombre Preferido: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
 Masculino Feminina
 Escuela: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE - CUARTO DE NIÑOS

Nombre del niño: _____
 Nombre Preferido: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
 Masculino Feminina
 Escuela: _____

Persona con niño (s) de hoy: _____
 ¿Tiene custodia legal: Sí No

Relación: _____

INFORMACIÓN DE LA MADRE

Madre Madrastra Guardián
 Nombre: _____
 Fecha de Nacimiento: _____
 Dirección (si es diferente): _____
 Ciudad: _____ Código Postal: _____
 Celular: _____ Teléfono del trabajo: _____
 Email: _____
 DL#: _____ Estado: _____
 Profesión: _____
 Empleador: _____
 Estado Marital: Soltero Casado Divorciado Viudo
 Método de contacto preferido: Celular Email

INFORMACIÓN DEL PADRE

Padre Padrastro Guardián
 Nombre: _____
 Fecha de Nacimiento: _____
 Dirección (si es diferente): _____
 Ciudad: _____ Código Postal: _____
 Celular: _____ Teléfono del trabajo: _____
 Email: _____
 DL#: _____ Estado: _____
 Profesión: _____
 Empleador: _____
 Estado Marital: Soltero Casado Divorciado Viudo
 Método de contacto preferido: Celular Email

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Seguro Primario
 Nombre del titular de Política: _____
 Fecha de nacimiento del titular de la Política: _____
 Relación con el paciente: _____
 Aseguradora dental: _____
 Empleador: _____
 Asegurado SSN o ID: _____
 ¿Tiene seguro secundario? **SI or NO**

INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN

Responsable de Cuenta
 Nombre: _____
 Relación con el paciente: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Código Postal: _____
 Empleador: _____
 SSN: _____ DL#: _____
 Teléfono de su casa: _____
 Teléfono del trabajo: _____

Por favor, tengo un correo electrónico/recordatorios demensajes de texto sobre la cita de mi hijo