



ALABASTER SMILES

PEDIATRIC DENTISTRY

Lauri M. Williams, D.M.D., P.C.

Registro Familiar

ESTOS FORMULARIOS DEBEN SER LLENADOS ANUALMENTE

1

INFORMACIÓN DEL PADRE O GUARDIÁN:

GARANTE _____ CO-GARANTE _____

Nombre _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____

Número teléfono de casa: _____ Número teléfono de trabajo: _____

Otro número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Fecha De Nacimiento: _____ No. De seguro social: _____

Estado Civil: () Soltero () Casado () Divorciado () Viudo

Tienes Custodia Legal? () Si () No

2

INFORMACIÓN DEL PADRE O GUARDIÁN:

GARANTE _____ CO-GARANTE _____

Nombre _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____

Número teléfono de casa: _____ Número teléfono de trabajo: _____

Otro número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Fecha De Nacimiento: _____ No. De seguro social: _____

Estado Civil: () Soltero () Casado () Divorciado () Viudo

Tienes Custodia Legal? () Si () No

3

INFORMACION DEL SEGURO

Compañía De Seguro Primaria: _____ Dirección De Seguro: _____

Nombre Del Empleador: _____

Nombre Del Suscriptor: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Sexo M: _____ F: _____ Relación: _____

Número De Póliza: _____ Número De Grupo: _____

Compañía De Seguro Secundaria: _____ Dirección De Seguro: _____

Nombre Del Empleador: _____

Nombre Del Suscriptor: _____ Fecha De Nacimiento _____

Sexo M _____ F _____ Relación: _____

Número De Póliza: _____ Número De Grupo: _____

Nuestro objetivo es ayudarlo a recibir sus beneficios de seguro completos. Le proporcionaremos un estimado de lo que su plan debería cubrir. Usted es responsable de los co-pagos y deducibles en el momento del servicio. Nosotros le daremos 30 días para pagar su parte. Sin embargo, usted es responsable de cualquier cantidad que no sea pagada por su plan. Iniciales _____

4

COMO SUPISTE DE NOSOTROS:

() Remisión: si es así, ¿quién?: _____ () Directorio Telefónico, cuál: _____

() Sitio Web- cuál: _____ () Programa Escolar, cuál: _____

() Otro- Explique: _____

REGISTRO FAMILIAR

1

Nombre del niño(a): _____
Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____
Nombre Preferido: _____ Escuela: _____ Grado: _____
Sexo M : ____ F: ____ Edad: _____ Fecha De Nacimiento: _____ No. De Seguro Social: _____

2

Nombre del niño(a): _____
Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____
Nombre Preferido: _____ Escuela: _____ Grado: _____
Sexo M : ____ F: ____ Edad: _____ Fecha De Nacimiento: _____ No. De Seguro Social: _____

3

Nombre del niño(a): _____
Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____
Nombre Preferido: _____ Escuela: _____ Grado: _____
Sexo M : ____ F: ____ Edad: _____ Fecha De Nacimiento: _____ No. De Seguro Social: _____

4

Nombre del niño(a): _____
Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____
Nombre Preferido: _____ Escuela: _____ Grado: _____
Sexo M : ____ F: ____ Edad: _____ Fecha De Nacimiento: _____ No. De Seguro Social: _____

5

Nombre del niño(a): _____
Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____
Nombre Preferido: _____ Escuela: _____ Grado: _____
Sexo M : ____ F: ____ Edad: _____ Fecha De Nacimiento: _____ No. De Seguro Social: _____

6

Nombre del niño(a): _____
Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____
Nombre Preferido: _____ Escuela: _____ Grado: _____
Sexo M : ____ F: ____ Edad: _____ Fecha De Nacimiento: _____ No. De Seguro Social: _____

ACUERDO DE PAGO: El abajo firmante acepta la tarifa cargada como una deuda legal y se compromete a pagar una tarifa que incluye el costo de la comisión de declaración, cobro, honorarios de abogados y costos judiciales si es necesario, renunciando ahora y para siempre al derecho a reclamar exención según la constitución y leyes del estado de Alabama o de cualquier otro estado.

Firma Del Tutor Legal _____ Fecha _____