

Forma de registro PEDIÁTRICA de la cuenta

Imprímalo hacia fuera, complete la información y envíela por telefax a: **610-337-3863** - *O traiga con usted a la cita.*

Nombre de la madre O guarda		Tel# casero	
Dirección			
Email		Célula #	
DOB de la madre		SS# de la madre	
Patrón		Trabajo Tel#	
Dirección del trabajo			
Nombre del padre o guarda		Tel# casero	
Dirección			
Email		Célula #	
DOB del padre		SS# del padre	
Patrón		Trabajo Tel#	
Dirección del trabajo			
¿Quién está acompañando a niño hoy?			
Nombre		Relación al niño	
Persona y teléfono # del contacto de la emergencia			
¿Usted tiene custodia legal de este niño?	Sí	No	
¿Quién podemos agradecer por referirle?			
Incorpore los nombres/las edades de otros niños			
Información del seguro dental			
Seguro primario Co.		Grupo #	
Empleado		ID#	
Seguro secundario Co.		Grupo #	
Empleado		ID#	

Autorizo por este medio el pago directamente a los dentistas de los asociados dentales superiores de Merion de las ventajas del seguro colectivo de otra manera pagaderas a mí.

X _____ *(Firma del asegurado)*

Es la política de nuestra oficina que el padre o el guarda que acompaña el niño y el tratamiento de las peticiones es responsable del pago de todos los honorarios a la hora de servicio a menos que se hayan aprobado los arreglos anteriores. En caso de defecto de esta cuenta, acuerdo pagar costes de la colección en el equilibrio excepcional.

X _____ *(Firma del padre/del guarda)*