

Central Texas Orthodontics

Brian St. Louis D.D.S., M.S. George E. Cantu D.D.S., M.S.

3413 Slaughter Lane West* Austin, Texas 78748 (512)292-1910

Bienvenido!

Cuentenos de su (Nino/a)

Nombre: _____ Sobrenombre: _____
(Primer) (Segundo) (apellido)
Direccion: _____
(Calle) (Cuidad) (Estado) (codigo postal)
Numero de Telefono: (____) _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Informacion de los Padres

Estado Civil (circule uno): Individual Casada Divorciada Viuda

Nombre de Madre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Direccion: _____
(Calle) (Cuidad) (Estado) (codigo postal)
Telefono de Casa: (____) _____ telefono de trabajo: (____) _____
Cellular: (____) _____ correo electronico: _____
Empleador: _____ Ocupacion: _____ Numero Social: _____
Cuantos ninos tiene: _____ Son Pacientes en este momento: Si No
Si tiene ninos en tratamiento apunte los nombres: _____
Nombre de Padre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Direccion: _____
(Calle) (Cuidad) (Estado) (codigo postal)
Telefono de Casa: (____) _____ Telefono de Trabajo: (____) _____
Cellular: (____) _____ correo electronico: _____
Empleador: _____ Ocupacion: _____ Numero Social _____

Segurancia

Nombre de persona con segurancia: _____ SSN: _____ DOB: ____/____/____
Compania de seguros: _____ Direccion _____
Numeracion de Grupo: _____ Numeracion de identidad: _____
Empleador con segurancia _____ Telefono de segurancia: _____
Tiene doble cobertura?: _____
Si:
Nombre de persona con segurancia: _____ SSN: _____ DOB: ____/____/____
Compania de seguros: _____ Direccion _____
Numeracion de Grupo: _____ Numeracion de identidad: _____
Empleador con segurancia _____ Telefono de segurancia: _____

La Autorizacion/permiso para tratamiento

Esta firma autoriza a colocarse por debajo de examen y los tratamientos, desde la oficina del doctor Brian St Louis y el doctor George E. Cantú, y además la utilización de los procedimientos sea cual sea la sentencia dictada por el médico considere necesario. Además, el abajo firmante acepta la responsabilidad de cualquier obligación financiera que se incurra para el tratamiento dental del paciente. Yo autorizo la liberación de la información y la asignación de beneficios del seguro al doctor Brian St Louis y el doctor George E. Cantú.

(Firma)

(Fecha)

Continuar en la parte posterior....