


Nombre del niño	
Fecha de nacimiento	
Numero de seguro social	

Por favor llene toda la informacion que sigue

Nombre del padre	Nombre de madre
Numero de seguro social	Numero de seguro social
Fecha de nacimiento	Fecha de nacimiento
Numero telefonico	Numero telefonico
Dirreccion	Dirreccion
Ciudad/Estado/Codigo postal	Ciudad/Estado/Codigo postal
Empleador	Empleador
Portador de seguro dental	Portador de seguro dental
Numero del contrato/Grupo	Numero del contrato/Grupo

El niño esta cubierto por medicaid? Si No

Numero de medicaid

Al firmar abajo autorizo al personal dental, con mi consentimiento cualquier servicios dental necesario durante el diagnostico y tratamiento. Tambien autorizo y solicito mi seguro que pagan directoamente al dentista y tambien a mi responsabilidad. Entiendo que es posible que mi seguro no paga toda la cuenta por los servicios y estoy de acuerdo que es mi responsabilidad por cualquier saldo pendiente. Ademas entiendo que soy responsable por cargos adicionales, incluyendo las agencias de cobro, costos judiciales, y de abogados.

E estado informado y entiendo que bajo la ley de 'Portabilidad y Responsabilidad del 1996', yo tengo cierto derechos de privacidad por lo que se refiere a mi informacion de salud protegida. Yo entiendo que es este informacion que se pued usar para:

- a) Propocionar y coordinar el tratamiento de mi hi jo entre los multiples proveedores que pueden estar involucrados en el tratamiento directamente e indirectamente.
- b) Obtener el pago de terceros pagadores.
- c) Realizar las operaciones normales de salud, tales como evaluaciones de calidad, actividades de mejoramiento y certificacion de medico.

Yo reconosco que me han ofrecido su *Notificacion de Practicas Privadas* conteniendo una descripcion mas completa de los usos y divulgaciones de information del salud de mi hijo. Yo entiendo que esta organizacion tiene el derecho de cambiar su *Notificacion de Practicas Privadas* de vez en cuando y que yo los puedo contactar en cual quier momento para obtener una copia reciente. Ademas entiendo que puedo solicitar por escrito que restringen como la informacion de salud de mi hijo sea ultilizada o divulgada para realizar el tratamiento, pago u operaciones de salud. Entiendo que esta organizacion no esta obligado a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si estan de acuerdo, entonces estan obligados a cumplir con tales restricciones.

Firma	Fecha
--------------	--------------

Nombre (escrito)

Para las proximas citas, preferia que le comunicamos por:

- Correo electronico a:
- Postal a dirreccion de padre
- Postal a dirreccion de madre

Favor de completar el otro lado 