



Dr. Kevin Olson, D.M.D

Paciente(s):

Nombre y Apellido _____ Fecha de nacimiento _____ Niño Niña
Nombre y Apellido _____ Fecha de nacimiento _____ Niño Niña
Nombre y Apellido _____ Fecha de nacimiento _____ Niño Niña
Nombre y Apellido _____ Fecha de nacimiento _____ Niño Niña

Mama Madrastra Guardian
Nombre _____
#SS _____
Fecha de Nacimiento _____
#Telefono _____
#Celular _____
Direccion _____
Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____

Papa Padrastra Guardian
Nombre _____
#SS _____
Fecha de Nacimiento _____
#Telefono _____
#Celular _____
Direccion _____
Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____

Seguro Dental
Nombre del Asegurado _____
SSN/ID _____
Empleador _____
Nombre del Seguro _____
#Telefono _____
Grupo _____
#Medicaid _____

Seguro Dental Adicional
Nombre del Asegurado _____
SSN/ID _____
Empleador _____
Nombre del Seguro _____
#Telefono _____
Group _____
#Medicaid _____

Estado Civil de los Padres: Soltero Casado Viudo Separado Divorciado

En Caso de alguna Emergencia a quien podemos contactar?

Nombre _____ Relacion con el paciente _____ Telefono _____

Como escucho de nuestra oficina? Amigo _____ Folleto Local Seguro Dental
 Paginas Amarillas Internet Pagina Web Dentista _____ Otro _____

Idioma Preferido: Ingles Español

Preferencia de Contacto: Correo Telefono Correo Electronico _____

Consentimiento para Tratamiento Dental

Yo autorizo a Carson City Pediatric Dentistry a que examinen, limpien y provean el tratamiento dental adecuado para mi hijo (a). Tambien autorizo para que le tomen las radiografias necesarias para que el Dr. Olson y el Dr. John puedan diagnosticar y tratar el problema que mi hijo (a) tiene en sus dientes.

Nombre del Padre o Guardian _____

Firma del Padre o Guardian _____ Fecha _____