

THE KIDS' DENTIST

Niño

Nombre _____

Apodo _____

Fecha de nacimiento _____

NINO NINA

Dirección _____

Ciudad _____ Código postal _____

El niño vive con _____

Mi niño está cubierto bajo el programa de ID Smiles

SI MID# _____ NO

Niño

Nombre _____

Apodo _____

Fecha de nacimiento _____

NINO NINA

Dirección _____

Ciudad _____ Código Postal _____

El niño vive con _____

Mi niño está cubierto bajo el programa de ID Smiles

SI MID# _____ NO

Cómo se enteró acerca de Idaho Kids Dentistry & Orthodontics /a quien podemos agradecerle (nombre del niño)?

Podemos contactarlo por correo electrónico o mensaje de texto? SI NO

He leído la política de privacidad de HIPPA y financiero y políticas de Idaho Kids Dentistry & Orthodontics (en el tablero de clip).

Firme _____

Madre del niño

Nombre _____

Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Ciudad _____ Código Postal _____

Casada (esposo) _____ Soltera

SSN o Licencia de manejar _____

Teléfono móvil _____

Correo electrónico _____

Empleador _____

A seguridad dental Co _____

Numero de grupo _____

A seguridad ID# _____

Teléfono de la seguridad _____

Padre del niño

Nombre _____

Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Ciudad _____ Código Postal _____

Casado (esposa) _____ Soltero

SSN o Licencia de manejar _____

Teléfono móvil _____

Correo electrónico _____

A seguridad dental Co _____

Numero de grupo _____

ID# de la seguridad _____

Teléfono de la seguridad _____