

4. Responsable de Cuenta *(Person responsible for Account)*

Madre *(Mother)* Padre *(Father)* Los Dos *(Both)*

- **Si además de los padres, por favor llene la información abajo** *(If other than parents please fill out information below)*

Nombre *(Name)*: _____ Relación *(Relation)*: _____

Dirección de Facturación *(Billing Address)*: _____

Ciudad *(City)*: _____ Estado *(State)*: _____ C.P *(zip)*: _____

E-Mail: _____ Teléfono *(phone #)* (____) _____

Empleador *(Employer)*: _____ Tel.de Trabajo *(Wk #)*: _____

Número de Licencia de Manejar *(Driver License #)*: _____

¿Quién es responsable de hacer las citas?

Nombre *(Name)*: _____ Relación *(Relation)*: _____

Teléfono *(phone #)* (____) _____ Tel.de Trabajo *(Wk #)*: _____

5. Información del Seguro *(Insurance Information)*

- **Seguro Primario**

¿Cobertura de Orthodontic? Sí *(yes)* No

Nombre del Seguro *(Insurance Co. Name)*: _____

Dirección de Seguro *(Insurance Address)*: _____

Ciudad *(City)*: _____ Estado *(State)*: _____ C.P *(zip)*: _____

Teléfono de Seguro *(Insurance phone #)* (____) _____

Número de ID *(ID #)*: _____ Grupo No. *(Group #)* _____

Nombre del Asegurado *(Policy Holder Name)*: _____ Relación *(Relation)*: _____

Empleador *(Employer)*: _____ Tel.de Trabajo *(Wk #)*: _____

Fecha de Nacimiento *(Birthdate)*: ____ / ____ / ____ SS# _____

- **Seguro Secundario** *(Secondary Insurance)*

¿Cobertura de Orthodontic? Sí *(yes)* No

Nombre del Seguro *(Insurance Co. Name)*: _____

Dirección de Seguro *(Insurance Address)*: _____

Ciudad *(City)*: _____ Estado *(State)*: _____ C.P *(zip)*: _____

Teléfono de Seguro *(Insurance phone #)* (____) _____

Número de ID *(ID #)*: _____ Grupo No. *(Group #)* _____

Nombre del Asegurado *(Policy Holder Name)*: _____ Relación *(Relation)*: _____

Empleador *(Employer)*: _____ Tel.de Trabajo *(Wk #)*: _____

Fecha de Nacimiento *(Birthdate)*: ____ / ____ / ____ SS# _____