

**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# \_\_\_\_\_