



A Quien Pueda Interesar:

Usted ha completado la forma que fue enviada a su casa con su hijo(a) para el programa dental móvil "Help A Child Smile." Necesitamos información adicional de su seguro para poder atender a su hijo(a). Favor de completar y firmar esta forma antes de nuestra próxima visita a la escuela.

Cuando ésta forma esté completa y firmada, regrésela por fax al (770) 760 8055 o por correo a la dirección debajo. Si tiene alguna pregunta favor de hablar a nuestra oficina al (770) 760-7900.

Información de Seguro Dental

Favor de leer con cuidado. (Si la información no está completa no podremos atender a su hijo(a).)

Nombre (hijo(a)): _____ Fecha de Nacimiento (hijo(a)): _____

Nombre del Asegurado: _____ Nombre de la Escuela _____
Condado _____

Seguro Social del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento del Asegurado _____

Nombre del Empleador: _____ Número de Teléfono: _____

Compañía de Seguro: _____ Número de Grupo: _____

Dirección de la Compañía Aseguradora: _____

Número de Póliza _____
Número de Teléfono: _____

¿Está su Póliza Conectada con la Unión? Sí ___ No ___

Nombre de la Unión: _____ Número de Local: _____

Yo entiendo que los pagos, por todo servicio dental rendido a mis dependientes, son mi responsabilidad. Yo entiendo que el co-pago y deducible de mi seguro será pagado al Dr.Shurett antes de comenzar el tratamiento requerido. (Nuestra oficina le notificará antes de nuestra visita sobre la cantidad total.)

Firma del Asegurado

Mark Shurett DDS, PC
1806 Over Lake Dr SE ♦ Conyers, Georgia 30013
770-760-7900 ♦ Toll Free 800-770-0388 ♦ Fax 770-760-8055
Serving The Children of Georgia Since 1993