

May Van Sickel Dental Clinic

1092 Galiano Street
Coral Gables, Fl 33134-6536

PLEASE PRINT Last/Apellido First/Nombre

Child's Name:
Nombre Del Niño: _____

School:
Colegio: _____

Grade: Today's Date:
Grado: _____ Fecha de hoy: _____

Date of Birth:
Fecha de nacimiento: _____

Residence Address: Phone #:
Dirección: _____ Teléfono: _____

City: State: Zip Code:
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Father's Name: Occupation: Salary:
Nombre Del Padre: _____ Ocupación: _____ Salario: _____

Business Address:
Dirección del Trabajo: _____

Mother's Name: Occupation: Salary:
Nombre De la Madre: _____ Ocupación: _____ Salario: _____

Business Address:
Dirección del trabajo: _____

Brothers & Sisters (Name & age):
Hermanos (Nombre y Edad): _____

What is your present dental problem?
Que es su problema dental ahora? _____

Family Debts:
Deudas de familia: _____

Do you own your home? Mortgage Payments: Rent :(monthly)
La casa es tuya? _____ Pagos de hipoteca: _____ Pagos de Renta (mensual): _____

Do you have a clinic card from public health? (J.M.H.)
Tiene una carta clínica de salud pública? _____

Previous assistance from social agencies: (Name & year)
La primera asistencia de la agencia social: (Nombre y Fecha) _____

I hereby request this child be given dental assistance by and in the Coral Gables Junior Women's Club Dental Clinic and give my permission for any dentist employed there to prescribe drugs and to perform any dental procedure, using local anesthesia, that he/she deems necessary.
Yo doy consentimiento para este niño sea asistido por la clínica dental de Coral Gables Júnior Womens Club y le doy autorización para que cualquier dentista empleado allí puede realentare la medelina melessas allí puede realentare la melessa rió y hacer cualquier trabajo dental al paciente, usando anestesia local, si fuera necesario.

X Signature of parent/guardian:
Firma del Padre o Guardián: _____

Referred By/Referido Por: _____ Phone #/Teléfono: _____