

Pago es debido en complete en el momento del tratamiento
(A menos que arreglos previos han sido aprobados)

Estoy de acuerdo que soy responsable por el pago de servicios prestados y tambien responsables de pagar cualquier co-pagos y deductibles que mi seguro no cubre. Autorizo pago directamente a la oficina dental de los beneficios de seguro de grupo lo contrario pagaderos a mi.

Yo autorizo la publicacion de cualquier información, incluyendo el diagnostico y tratamiento o examen rendido, a mi compania de seguros.

Estoy de acuerdo que la información anterior es necesaria para cuidado dental. He respondido todas las preguntas lo mejor de mi pensamiento. Sea necesario para obtener mas información, usted tiene mi permiso para pedir el respectivo proveedor de atención médica o la agencia que puede darle dicha información Notificare al dentista de cualquier cambio en mi salud o medicamentos.

Nuestra mision es entregar el cuidado mas fino y disponible hoy. Tras el diagnóstico medico discutira con usted nuestro plan para su tratamiento. También discutiremos el costo actual y futuro del tratamiento. A Veces su plan dental que muchas no cubren el costo total de su tratamiento porque no somos un proveedor preferido para cualquier seguro, sin embargo, nosotros ofrecemos varias opciones de pago alternative para su conveniencia.

Porfavor indique a continuación la opción de pago que desea:

- Efectivo o Cheque
- American Express, Master Card o Visa
- Credito (de pago)

Si usted tiene seguro mandamos cobrar directamente el seguro, como una cortesia hacia usted. Si usted no es elegible para beneficios de seguro cuando se prestan los servicios, usted sera responsable por cualquier cargo incurrido. Los cargos citados son solo aproximadas. **Si su seguro paga menos de lo estimado, usted sera responsable por cualquier diferencia.**

Porfavor, tenga en cuenta que si algun descuento de cortesia es aplicado a su cuenta y si entra en la delincuencia, se eliminaran todos los descuentos y usted sera responsable de todo el saldo en su cuenta.

Tenga en cuenta que nosotros cobramos \$25 por citas rotas. Si no puedes hacer su cita porfavor nos habla 24 horas antes, así que podemos ofrecer esta cita a otro paciente.

Una vez muchas gracias por seleccionar nuestro equipo professional de la salud dental. Nos esforzaremos para proporcionarle la mayor atención .

Firma _____ Fecha _____

Persona que podemos contactar en caso de emergencia

Nombre _____ Relacion _____

Ciudad _____ Estado _____ Numero de celular _____

Numero de casa _____ Numero de trabajo _____

USO DE OFICINA SOLAMENTE

He revisado verbalmente la informacion medica/dental sobre el paciente nombrado adjunto.

Fecha _____ Initial _____