

AUTORIZACIÓN

He revisado este cuestionario y he contestado todas las preguntas al mejor de mi conocimiento. Entiendo que las respuestas que he proporcionado serán utilizadas por el dentista para determinar el tratamiento dental apropiado para mi mismo o mi hijo/a. Acepto notificar al dentista de algún cambio en mi estado de salud o mi hijo/a.

Autorizo que el personal dental realice cualquier tratamiento que sea necesario que yo o mi hijo/a necesitemos.

Autorizo que mi firma sea utilizada para todos los sometimientos de la aseguranza y para la poliza de financiamiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nuestra poliza de financiamiento

Personas que no esten aseguradas por alguna aseguranza dental serán responsables de pagar la cantidad complete el dia que sean atendidos. Aceptamos affective, cheque, o tarjeta de debito/credito.

Para pacientes que esten asegurados por alguna aseguranza dental; nosotros aceptamos el pago de la aseguranza, pero algunas companias NO CUBREN EL 100% de el costo de su tratamiento, por eso usted sera responsable de pagar su porcentaje y deducible el dia de la visita. Nosotros le daremos un presupuesto de su covertura lo mas cercano posible, pero los beneficios serán solo presupuestos, no una garantia de pago.....si su aseguranza no ha pagado despues de 45 dias, el balance de la cuenta sera su responsabilidad.

Un porcentaje de 1.5% por mes sera agregado a su cuenta que este 30 dias atrasada de pago. Para las personas que pagan su cuenta cada mes, queremos agradecerles, este cargo no les afectara a ustedes.

Efectivo en octubre de 2018

Los pacientes que cancelan citas con menos de 24 horas de aviso, o aquellos que no se presentan estarán sujetos a una tarifa de \$50. Reservamos su cita solo para usted, sea cortés y confirme su cita o háganos saber si no puede asistir.

Si tienen alguna pregunta que no le hemos contestado antes o despues de su tratamiento por favor preguntenos para clarificar cualquier duda. Deseamos darle la mejor asistencia que podamos.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha