



Nombre Del Paciente \_\_\_\_\_

Oficina Financiera Politicas y de la verdad en la declaracion federal de prestamos

Como condición para su tratamiento en esta consulta, los arreglos financieros deberán realizarse de antemano. Nuestra oficina depende, para mantenerse viable, de los reembolsos de nuestros pacientes por los costos incurridos durante su tratamiento. Por lo tanto, la responsabilidad financiera de parte de cada paciente deberá ser determinada antes del tratamiento. Todos los servicios de emergencia dental o cualquier servicio dental realizado sin arreglos financieros previos, deberán ser pagados en efectivo al momento de la rendición de dichos servicios.

**SEGURO DENTAL:** Es su responsabilidad conocer la cobertura de su seguro. Los pacientes que tienen seguro dental comprenden que todos los servicios proporcionados son cobrados directamente al paciente y que él o ella son personalmente responsables por el pago de todos los servicios dentales. Esta oficina ayudará a preparar las formas para el seguro de nuestros pacientes o asistirá en la recolección de parte de las compañías de seguro y pondrá el resultado de tales cobros en la cuenta del paciente. Sin embargo, esta oficina dental no podrá brindar servicios bajo la suposición de que nuestros costos serán pagados en su totalidad por la compañía de seguro. Los balances de más de 60 días serán exigidos a usted directamente, y sus reembolsos deberán ser solicitados a su seguro por sus propios medios.

**CARGOS:** Un cargo de \$50.00 se le aplicará por cambio de cita o cancelación hecho con menos de 48 horas de aviso. Nos reservamos el derecho de no admitir a pacientes en nuestra práctica luego de dos (2) modificaciones o cancelaciones en sus citas. Un recargo por servicio de 5% mensual se aplicará a cuentas impagas a partir de (30) treinta días luego de la fecha del servicio. Un recargo de \$30.00 se le aplicará por los cheques o débitos rebotados.

**COLECCIÓN:** Como acto de consideración hacia los servicios profesionales entregados a mi hijo de parte del dentista, o por petición mía, estoy de acuerdo en pagar la tarifa por dichos servicios al dentista o su personal asignado, al momento de la entrega de aquellos. Además estoy de acuerdo con pagar el balance remanente más los recargos por costos legales razonables, costos de la corte y la comisión de 40% del balance en mora para la agencia de cobros, si la cuenta fuese asignada a una agencia de cobros o a un abogado. Autorizo la publicación de información identificable respecto a mi cuenta, incluyendo cargos facturados, pagos hechos y los recargos tasados por interés, etc. a la agencia de cobros del dentista o su abogado, si ocurriese que dichos procedimientos de cobro fuesen necesarios.

Concedo permiso para que uste o su persona asignada me telefoneen a mi hogar o al trabajo para discutir asuntos relacionados con este formulario. Además estoy de acuerdo con dejar que esta oficina deje mensajes sobre mis citas y en mi contestadora o con un miembro de mi familia.

Este acuerdo sustituye cualquier otro acuerdo previo, incluyendo toda mediación o acuerdos de mediación/arbitramiento. Yo reconozco que cualquier acuerdo de mediación o mediación/arbitramiento firmado previamente en relación con arreglos financieros o con la calidad del servicio serán nulos o inválidos.

Yo autorizo al dentista o sus designados la publicación de información financiera identificable, descripciones e información sobre tratamientos, ya sea en forma electrónica, a través de un fax o en papel hacia mi compañía de seguro o cualquier entidad relacionada que requiera de tal información.

Yo reconozco que he recibido una copia de las Prácticas de Privacidad de esta oficina. Estoy de acuerdo con revelar al dentista los nombres de todos los individuos a quienes he autorizado para que él discuta mi cuidado dental con ellos. Por la siguiente, acato las condiciones descritas en este documentos

X \_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente