



**CANCELACION, REPROGRAMAR, NO LLEGAR A SU CITA**

**Porque su cita es un tiempo reservado para ti,**

Necesitamos al menos 24 horas de noticia si necesita cambiar o cancelar la cita de su hijo. Esto nos permite acomodar los niños en nuestra "lista de espera".

No confiar en la llamada telefónica de cortesía de conformación de nuestra oficina como su único recordatorio de cita; es su responsabilidad escribir la información de la cita para evitar la cancelación a última hora o reprogramar.

\_\_\_\_\_  
INICIAL

Cualquier paciente QUE NO proporciona un aviso de 24 horas está sujeta a una cancelación/reprogramar/ no presentarse se le cobrara una cuota NO cubierta por las compañías de seguros.

\_\_\_\_\_  
INICIAL

Nuevo paciente, limpieza, examen y otras: \$50

Restauración: \$100

Pacientes que no pagan la cuota anterior no podrán programar futuras citas y se enviará a colecciones.

Múltiples pérdidas de citas puede resultar en el despido de nuestra práctica.

\_\_\_\_\_  
INICIAL

**PAGOS**

Pagos deben ser al mismo tiempo que se prestan los servicios. Aceptamos la mayoría de las tarjetas de crédito y Care Credit ofrece conveniente planes de pagos mensuales sin interés y planes de interés para su comodidad. Si tiene el beneficio de un "plan de seguro dental", llenaremos las formas y con mucho gusto someteremos las demandas en su favor. Hacemos esto como una cortesía y es un servicio gratuito para usted. Su compañía de seguros le reembolsará directamente o nos enviara la porción del tratamiento de su hijo que corresponda. En cualquier caso, usted es responsable por el pago de los servicios prestados.

Tenemos algunas opciones financieras creativas para ayudar en el pago de los planes de tratamiento. En caso de incumplimiento en el pago de la cantidad debida, o si su cuenta está colocada en colecciones o en manos de un abogado, usted será responsable de cualquier y todas las tarifas y costos involucrados con los procesos.

Por favor de ver a un miembro de la clínica por cualquier información adicional o preguntas que usted puede tener. Nosotros estamos aquí para brindarle el mejor cuidado dental.

\_\_\_\_\_  
INICIAL

**CUIDADO DEL PACIENTE**

Sólo un tutor podrá acompañar al paciente en la sala de examen /tratamiento. Otros niños y tutores deben de permanecer en la sala de espera. Tutores tienen la opción de cambiar lugares. (Esto es por cosas de seguridad, gracias por su consideración en este asunto). **Just For Grins Pediatric Dentistry** no se hace responsable de niños desatendidos sin adultos que les acompañan.

\_\_\_\_\_  
INICIAL

**SOLAMENTE PARA NUESTROS EXPEDIENTES...**

He leído y estoy de acuerdo con las políticas antedichas de la oficina según lo dispuesto por **Just for Grins Pediatric Dentistry**. Entiendo que serán hechas cumplir cuando sea necesario.

\_\_\_\_\_  
PACIENTE(S)

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PARIENTE LEGAL

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PARIENTE LEGAL

\_\_\_\_\_  
FECHA