

NUESTROS TRES COMPROMISOS

(Por favor lea completamente)

1. COMPROMISO AL TRATAMIENTO

Iniciales _____

Nosotros creemos que todo el tratamiento debe de ser completado. Tratamiento incompleto puede conducir a dolor, infección, tratamiento extensivo o posible pérdida prematura de los dientes. Le pedimos que se comprometa a completar todo el plan de tratamiento una vez que éste se haya empezado.

2. COMPROMISO A CONSERVAR SU CITA

Iniciales _____

Reservamos tiempo para cada paciente en nuestra oficina y hacemos lo posible para atenderles a tiempo. Una cita escrita en nuestro horario con el nombre de su hijo(a) nos obliga a nosotros a estar aquí para servir a su hijo(a) y a el/ella a estar presente para su cita. Por lo tanto, la póliza de nuestra oficina a este respecto es crítica para asegurar que todos trabajemos juntos para proveer a su hijo(a) con su tratamiento dental. Cancelaciones, llegadas tardes o cambios de última hora no son aconsejables porque éste interrumpe el tratamiento y causa retrasos en las citas de los otros pacientes. Nosotros creemos en el respeto mutuo del tiempo de cada uno.

3. COMPROMISO A ACUERDO FINANCIERO

Iniciales _____

Creemos que tenemos una responsabilidad de usar nuestro mejor cuidado profesional, conocimiento y juicio al planear el tratamiento dental de su hijo(a).

Todos los cargos le serán explicados apropiadamente. Usted está de acuerdo en cumplir con su compromiso financiero con nuestra oficina pronta y completamente. Ninguna oficina o negocio puede cumplir con su misión para sus pacientes cuando los mismos no pagan adecuadamente por los servicios recibidos, violando así un principio importante en el mundo de los negocios.

Yo entiendo que poniendo mis iniciales junto a cada uno de estos compromisos, Yo reconozco, estoy de acuerdo y entiendo la importancia de proveerle a Pediatric Dental Specialists la habilidad para ofrecernos a mi hijo(a) y a mí el mejor cuidado posible.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR LEGAL

FIRMA DEL DOCTOR

FECHA

ACUERDO FINANCIERO

Todas las cuentas están vencidas y son pagaderas al momento que el servicio es recibido, a menos que se hayan hecho otros arreglos anticipadamente. Los honorarios totales son su obligación personal. Sin embargo, si usted tiene aseguranza dental que podría cubrir los gastos por los servicios rendidos, por favor asegúrese de informar a nuestra oficina. Como cortesía, nosotros llenaremos las formas de reclamo necesarias para procesar el pago por usted. Le ayudaremos a agilizar su reclamo de manera que usted reciba la cantidad correcta a la que usted tiene derecho bajo los términos de su póliza. La diferencia (si hay alguna) entre las cantidades pagadas por su aseguranza (donde existen asignación de beneficios) y la cantidad cobrada, es su responsabilidad.

He leído lo anterior y entiendo que Yo soy responsable por todos los cargos incurridos en esta visita.

FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE POR ESTA CUENTA

RELACION CON NIÑO(A)

NOMBRE

FECHA