

Consentimiento para servicios

Por la presente autorizo _____ al médico o al personal designado para tomar radiografías, modelos de estudio, fotografías, y otros medios de diagnóstico se considere apropiado por el médico para hacer un diagnóstico exhaustivo de las necesidades dentales. Tras este diagnóstico, autorizo _____ al médico realizar todos los tratamientos recomendados de común acuerdo entre mí y para emplear este tipo de asistencia según sea necesario para proporcionar la atención adecuada.

Tengo entendido que el plan de tratamiento y los costos asociados son sólo una estimación y están sujetas a cambios dependiendo de las circunstancias individuales. Debido a la naturaleza progresiva de la enfermedad dental, un nuevo plan de examen y el tratamiento puede ser necesaria después de un período de doce meses desde la fecha del examen inicial del paciente.

Estoy de acuerdo con el uso de anestésicos, sedantes y otros medicamentos si es necesario. Entiendo perfectamente que el uso de agentes anestésicos encarna ciertos riesgos. Yo entiendo que puedo pedir un recital completo de posibles complicaciones.

Estoy de acuerdo en ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o mis dependientes. Entiendo que el pago se debe en su totalidad al momento del servicio. También entiendo que Occoquan Familia y odontología cosmética presentarán demandas en mi nombre a mi compañía de seguros. Sin embargo, yo soy el único responsable de cualquiera de los servicios prestados a mí. Los saldos pendientes están sujetos a un 5% TAE mensual y un recargo de \$ 10 mensuales. Entiendo que voy a tener que pagar por cualquier y todos los cargos judiciales y de abogados que resulten de un caso judicial que resulten de mi falta de pago por los servicios dentales en el momento oportuno, así como todos los derechos de cobro, según lo determinado por este consultorio dental. Además, entiendo que una tasa de nombramiento rota \$ 50.00 aplicar si no puedo dar 24 horas de anticipación para reprogramar y el nombramiento de las personas dependientes o yo mismo. Además, entiendo que toda solicitud de radiografías o gráficos duplicados está sujeto a un cargo por servicio de \$ 20.00.

En el improbable caso de que el cheque es devuelto por fondos insuficientes o mantenidos, vamos a cargar en su cuenta de cheques electrónicamente por el importe del cheque más la tarifa autorizada por el estado de \$ 50. Esta política nos permite resolver el problema sin ti informar a una agencia de crédito y dañar su calificación de crédito. La transacción aparecerá en le estado de cuenta bancaria, y nadie tendrá que ponerse en contacto con usted acerca de pago.

Hay un espacio muy limitado en nuestra operatoria queremos que todos nuestros pacientes para ser cómodo y tener la privacidad que merecen mientras estén en tratamiento, por lo tanto, sólo los pacientes están permitidos en la operatoria! Es absolutamente imprescindible que todos los menores estar acompañados por un padre o tutor legal para cada cita.

Nos permitimos un tiempo de gracia de 15 minutos, para todas las citas. Si son más de 15 minutos tarde a su cita es a discreción de la oficina en cuanto a si o no tendrá que cambiar su cita.

He leído las condiciones anteriores de tratamiento y de pago y de acuerdo a su contenido

Firma del paciente, padre o tutor Fecha: _____

Relación con el paciente