

*Gracias por elegirnos como su equipo personal para su salud dental. Para promover una relación de largo plazo que sea mutuamente satisfactorio, queremos explicar la póliza de nuestra oficina con respeto a **tratamiento, seguro dental, citas y cuotas**. Por favor lea esto cuidadosamente y haga cualquier pregunta o divulga cualquier preocupación que tenga ANTES que se haga el tratamiento.*

Tratamiento: Usted se dará cuenta que todo el personal de la oficina está dedicado a ayudarlo(a) a mejorar su salud dental lo más pronto posible. Cada esfuerzo se hará para que su cita sea lo más cómodo y agradable posible. Por favor, siéntase libre para hablar de su tratamiento con el doctor a cualquier momento.

Seguro Dental: Si esta oficina es autorizada para aceptar la asignación de su seguro dental, el paciente todavía es COMPLETAMENTE RESPONSABLE por los cargos del tratamiento que se haga. Su seguro tal vez NO CUBRA los servicios o puedan ser cubiertos solo parcialmente y cualquier estimado dado por esta oficina es solo considerada una guía hasta que el último pago de seguro se ha recibido y la cuenta del paciente es reconciliada. Esta oficina no puede hacer garantía del pago actual de su compañía de seguro.

Pago es debido al tiempo de servicios: Aceptamos dinero en efectivo, cheques personales, Master Card, Visa, Discover, American Express y Care Credit. Cuando el pago de seguro se aplique, recopilaremos cualquier deducible y estimado copago a ese momento.

Póliza de cancelación tarde y citas perdidas: Cuando programamos su cita, el tiempo es reservado exclusivamente para usted. Pedimos que nos dé, por lo menos, un **aviso de 24 horas (1 día de negocio)** cuando se dé cuenta que no podrá presentarse a su cita. Si no se nos da el requerido aviso, su cuenta podrá ser cobrada \$50 por falta de aparecer, por cancelar o por reprogramar sin darnos un aviso de un día de negocio.

Cuotas y cargos de servicios:

1. **Facturación mensual:** aunque una reclamación de seguro se ha archivado, usted recibirá un estado de cuenta cada mes si hay una deuda en su cuenta, debido a que usted, no la compañía de seguro, es responsable por el pago de su cuenta.
 2. **Cheque Devuelto:** Se hará un cargo de \$25 por cheques devueltos. El envío de regreso tendrá que ser pagado para cubrir el total original y el cargo del cheque.
-

Reconocimiento del Paciente de haber recibido el formulario de materiales dentales (2) y las pólizas de privacidad.

Yo reconozco que copias de esta oficina de << El Aviso de Pólizas de Privacidad>> y <<Hoja de Información Sobre Materiales Dentales>> han sido disponibles a mí. He tenido la oportunidad para hacer cualquier pregunta que podré tener sobre estos Avisos. _____ (Firmar con Iniciales)

(Firma del Paciente / Padre / Guardián)

Fecha

Francisco Mondragon, D.D.S.

180 Otay Lakes Road. Suite 206. Bonita. CA. 91902

Main: (619)475-8222

Fax: (619) 773-7757