

# Dentalworks Familia

## Responsabilidad de paciente financier

**Nombre de Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

Dentalworks Familia aprecia la confianza que usted nos a dado al escojernos para dar beneficios dentales a sus hijo(s). El servicio que usted a elegido para participar implica responsabilidad financiera de su parte. La responsabilidad lo obliga asegurar pago entero de nuestros cargos. Como cortesia, nosotros verificaremos su cobertura y cobraremos su aseguranza por parte de usted. Pero, ultimadamente usted es el responsable por su cuenta.

Usted es responsable por cualquier pago de deducible y co-pago determinado por su contrato con su aseguranza. El pago debera ser pagado el dia del servicio. Muchas aseguranzas tienen estipulaciones adicionales que pueden afectar su cobirtura. Usted es responsable por cualquier costo no cubierto por su aseguranza. Si su aseguranza se niega a pagar su cuenta, o si usted o su dentista elijen continuar el tratamiento pasando su cobirtura, usted es el unico responsable por su cuenta completa

Yo e leído la policia de arriba referente a mi responsabilidad financiera a Dentalworks Familia, para dar servicios a los pacientes nombrados arriba. Yo certifico que la informacion esta corecta . yo autorizo mi aseguranza a pagar cualquier beneficio directamente a Dentalworks Familia, de la cuenta del paciente nombrado arriba. Yo se que soy responsable por cualquier balance que no cubra mi aseguranza.

Firma de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Co-Pago Polica

Algunas aseguranzas requieren que el paciente pague un co- pago por servicio. Es importante que recuerde que el co-pago se debe al tiempo del servicio por cada visita. Gracias por su coperacion en este asunto.

Firma de Paciente o Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Consentimiento para tratamiento y autorizacion para dar informacion

Yo autorizo a Dentalworks Familia, con sus apropiados empliados, para que le agan tratamiento al paciente nombrado arriba.

Tambien autorizo a Dentalworks Familia, mandar a apropiadas agencias, cualquier informacion requerida .

Firma de Paciente O Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_