

## Acuerdo Financiero

Para nuestros pacientes apreciados:

Para mantener nuestros lo mas bajo posible tenemos estas regels:

- Si el paciente **no tiene** **seguranca dental**, tendran que pagar todo el dia de servicio.
- Si el paciente **si** **tiene seguranca dental** , la persona responsable va tener que pagar todo lo necesario el dia de la cita. **Si la seguranca no pagan en 60 dias tu lo tienes que pagar.** Yo soy responsable por todo lo que mi seguranca no cubre. Si te damos un presupuesto todo puede cambiar depende de lo que tu seguranca paga. Si tu hijo ya fue revisado por otro dentist tu seguranca no va pagar por otro examen y radiografias.
- Si no llegas a tu cita tienes que pagar 25.00 dolares para una nueva cita. Tienes que hablar con 24hrs de tiempo para cancelar tu cita.
  
- Si no tienes fondos en el banco te cobramos 25.00 dolares. Despues de 60 dias que no pagas te cobramos mas poe estar tarde en tus pagos. Podemos mandar tu information a una agencia de collecciones si no pagas.
- El responsable tendria que pagar los gastos de un abogado si ellos tienen que ayudar nos a collector el dinero que deben.
  
- Esta bien que den mi information mia y de mi nino si otro dr, agencia de seguranca, o agencia de collection lo necesitan.

Yo acepto todo lo que dice arriba.

---

Firma del Padre o Guardian legal

---

Relacion al nino

---

Fecha