Dallin C. Young, D.D.S. | Samuel Bailey, D.D.S.

Children's Dentistry of Twin Falls

1186 Eastland Dr. N Suite B • Twin Falls, ID 83301
(208) 733-9331• Fax (208) 732-1222

Queremos dar la bienvenida a Children's Dentistry de Twin Falls, y esperamos tener una buena relacion con Usted y con su familia. Hay poco dentistas en Twin Falls que aceptan Medicaid. Por cortesia, aceptamos Medicaid para ayudar a los necesitados de ayuda medica en la comunidad. Al aceptar pacientes de Medicaid, nosotros exigimos que siga las reglas que pone el Estado de Idaho.

Nosotros damos la misma calidad de servicio a todos los pacientes. Estamos exigidos por el Estado de Idaho a aceptar un pago considerado bajo por nuestros servicios para pacientes con Medicaid.

Para seguir servicios del progama de Medicaid, su cooperacion es necesaria.

1. Tiene que llegar a la hora de la cita.
2. Si tiene que cancelar la cita, **por favor de darnos 24 horas de noticia**, porque este tiempo es reservado especial para usted.
3. Si no nos da noticia, le dejaremos hacer otra cita. Pero no mas de dos citas canceladas sin aviso.
4. Por las citas canceladas sin aviso, le vamos a cobrar $25 "por no avisar". Le dejaremos hacer otra cita, pero tiene que pagar los $25 por cada nino. Y no mas de dos citas canceladas sin aviso.
5. Tenemos que tener un numero de telefono de casa o cellular que es correcto. Le llamaremos un dia antes para confirmar la cita. Si su cita no es confirmada tiene que seguir las reglas que tenemos.
6. Si no puede cumplir con nuestros deseos, tenemos que despedirle como paciente, y le diremos que tendra que ir a otro dentista para tratamiento. Por 30 dias estaremos disponible a darle tratamiento de emergencia hasta que tenga otro dentista.

Por favor ayude a continuar con servicios para _____ y los otros pacientes del progama de Medicaid. Por el interes de su hijo, favor de cumplir con el tratamiento y las reglas de llegar a sus citas. Gracias por venir a Children's Dentistry de Twin Falls por el tratamiento dental de su hijo.

Si esta de acuerdo con las reglas_____

Firma de los padres /guardian Fecha

_____

Relacion con el nino(a)