

*A Brush Above Family Dental*  
3236 w. Fullerton  
Chicago, IL 60647  
(773) 276-0300

**Asignación y Facilitación:**

Yo firmo, que tengo seguro dental con \_\_\_\_\_ y asigno directamente a Dr. \_\_\_\_\_ todos los beneficios, si alguno, de otra manera ser pagados hacia mí por todos los servicios brindados. Yo por la presente, autorizo a los doctores que faciliten toda la información necesaria para asegurar el pago de mis beneficios. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las sumisiones ya sean electrónicas o manuales.

X \_\_\_\_\_  
Firma Fecha

Date

**Consentimiento de Menores:**

Yo, el padre o tutor de \_\_\_\_\_ por la presente solicito y autorizo a todo el personal que pueden desempeñar los servicios dentales necesarios a mi hijo, incluyendo pero sin limite radiografías, y la administración de anestesia que pueden ser consideraras o recomendadas por el doctor/a, por si estoy o no presente cuando la cita tome lugar o cuando el tratamiento sea desempeñado.

X \_\_\_\_\_  
Firma Fecha

**Acuerdo Financiero:**

Yo reconozco que el pago de los servicios que sean desempeñados tiene que ser pagados el mismo día, en caso de que no se hayan discutido antes de la cita. Yo entiendo que como padre o tutor soy responsable por todos los gastos de los servicios desempeñados para mí o mis hijos. Y acepto toda la responsabilidad por todos los cargos que no sean cubiertos por el seguro dental.

X \_\_\_\_\_  
Firma Fecha

Yo reconozco que si el arreglo de pagos fue discutido antes del tratamiento con la coordinadora de finanzas, que el pago tiene que ser pagado por completo al tiempo en que el trabajo sea realizado.

X \_\_\_\_\_  
Firma Fecha

Yo reconozco que tengo que notificar a la oficina por lo menos 24 horas antes de la cita si quisiera cancelarla. En caso de que no la cancele en el tiempo descrito arriba, la oficina tiene el derecho que cobrarme un cargo de \$ 50.00 por hora, el cual tiene que ser pagado antes de mi siguiente cita.

X \_\_\_\_\_