



# RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE DE IOWA SEDATION DENTISTRY

## CESIÓN Y LIBERACIÓN

Yo, el subestimado, tengo seguro y asigno directamente a Iowa Sedation Dentistry todos los beneficios, si los hubiera, pagaderos a mí por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, pagados o no por el seguro. Por la presente autorizo al médico a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios.

Fecha

Firma

## ACUERDO DEL PACIENTE Y POLÍTICA FINANCIERA

Por la presente, acepto ser responsable de los costos de la atención brindada por Iowa Sedation Dentistry y / o el equipo dental para mí o mis dependientes. Estos incluyen los deducibles y los montos no cubiertos por el seguro. También entiendo que es mi responsabilidad estar consciente de las limitaciones y beneficios de mi póliza de seguro. El pago a esta oficina es mi responsabilidad y soy consciente de que si la compañía de seguros no reembolsa al médico, yo soy responsable por la cantidad total. Acepto pagar los saldos pendientes adeudados dentro de un plazo de 30 días. Las facturas impagas de más de 90 días se enviarán a cobranzas. En el caso de que mi cuenta sea remitida a un abogado, acepto pagar todos los honorarios de cobranza y de abogado. Cualquier otro arreglo deberá ser aprobado por el Coordinador Financiero y el Dr. Binkowski.

Entiendo que la (s) porción (es) del paciente deben pagarse en su totalidad el día del servicio. También entiendo que si tengo una factura sin pagar, tendré que pagarla antes de poder programar otra cita. Para las citas de sedación, la mitad de la porción del paciente debe reservar una cita. La otra mitad de la porción del paciente debe pagarse al momento del registro el día de la cita. El aviso obligatorio para la cancelación de CUALQUIER cita de sedación en el consultorio es de 3 días hábiles. Se retendrá una tarifa NO reembolsable de \$ 100 en caso de no presentación o cancelación de último minuto.

Fecha

Firma

## CONSENTIMIENTO DEL MENOR / NIÑO:

Yo, como padre o tutor legal de \_\_\_\_\_, lo hago aquí, por solicitud y autorizo al personal dental a realizar los servicios necesarios para mi hijo, que incluyen, entre otros, radiografías (rayos X) y administración de anestésicos que el médico considere aconsejables. , esté o no presente en la cita real cuando se realiza el tratamiento. Entiendo que el pago de los servicios vence en el momento del servicio y la persona que lleve a mi hijo a su cita será responsable del pago a menos que haya dejado una tarjeta de crédito en el archivo o haya hecho otros arreglos con el Coordinador Financiero.

Fecha

Firma