



Poliza de Oficina

Gracias por elegir **McRae Dental Associates** como su proveedor de cuidado de salud dental. Estamos comprometidos a construir una relación de médico/paciente exitosa con usted y su familia. Su comprensión clara de la responsabilidad financiera de nuestros pacientes es importante para nuestra relación profesional. Por favor entienda que el pago por los servicios es una parte de esa relación. Por favor, pregunte si usted tiene alguna pregunta acerca de nuestros honorarios, políticas de oficina o sus responsabilidades. Es su responsabilidad notificar a nuestra oficina de cualquier cambio de información sobre el paciente (dirección, número de teléfono, información de seguro, etc.).

Entiendo que todos los copagos y los saldos de cuenta deben ser pagados antes de recibir tratamiento dental. Se añadirá un cargo financiero de 1.5% a todas las cuentas que pasen de vencimiento 30 días. Cualquier cuenta entregada a una agencia de cobranza o a un abogado será **su responsabilidad** respecto a cualquier colección de honorarios, honorarios de abogado y cualquier costo de la corte. También se añadirá un cargo por cheques devueltos a su cuenta por un monto de **\$35** por cada cheque devuelto.

El tiempo es valioso para ambos. Por favor notifíquenos dentro de **24 horas** antes de su cita si hay algún cambio. No hacer lo resultará en un cargo de **\$25**. Esta cuota se aplica también a no presentarse a una cita programada.

Padres: Por favor informe al personal de recepción si tienes que dejar a su niño mientras que él/ella está recibiendo tratamiento dental. También si su hijo tiene que acompañarle a su cita con el dentista y no será visto por el dentista él/ella no puede interrumpir en la sala de espera.

Nombre del paciente, padre/tutor:

Fecha:

Firma del paciente, padre/tutor: