

Acuerdo acerca del Seguro Dental y Credito Personal

Yo/nosotros certifico(amos) que la informacion que yo/nosotros reporte(amos) acerca del cubrimiento de seguro dental es correcta. Yo/nosotros por lo tanto autorizo(amos) a ustedes proveer cualquier informacion necesaria, incluyendo informacion medica/dental, que sea relacionada con este o cualquier otro caso, a mi compania de seguros, o, en caso de beneficios de Medicare parte B, a la compania administradora de Seguro Social y a la compania administradora del financiamiento para el cuidado de la salud.

Yo/nosotros autorizo(amos) a la Odontologa, Ricardo B. Solis, D.D.S. para que solicite en mi nombre los beneficios que cubren los servicios prestados por la misma y yo/nosotros tambien autorizo(amos) el pago por parte del seguro de todos los beneficios dentales/medicos, los cuales son pagados a mi bajo los terminos de la poliza de seguro, directamente a la Odontologa Ricardo B. Solis, D.D.S. por sus servicios prestados.

Copia de esta autorizacion puede ser usada en cambio del original. Esta autorizacion puede ser revocada por escrito por mi/nosotros o por mi compania de seguros en cualquier momento.

Yo/nosotros entiendo(emos) que la Odontologa Ricardo B. Solis, D.D.S. extendera los servicios dentales/medicos proveidos ahora y en cualquier momento en el futuro cuando yo/nosotros no pueda(podamos) pagar por sus servicios en el mismo dia que son prestados.

Yo/nosotros entiendo(emos) y estoy(amos) de acuerdo que habra un recargo del 1.5% cada mes, o un recargo minimo de \$2.50 por mes, cualquiera que sea mayor sera recargado a todas las cuentas que no sean pagadas (1) dentro de 30 dias desde el dia en que los servicios fueron prestados, si yo/nosotros no tengo(emos) seguro dental, o (2) dentro de 60 dias desde el dia en que los servicios fueron prestados si cubierto por un seguro dental. Habra un recargo de tardanza de pago de \$5.00 por mes ademas del recargo minimo de \$2.50 por pagos no recibidos dentro de 30 dias desde el dia indicado en los recibos de cobro.

Yo/nosotros estoy(amos) de acuerdo de pagar una tarifa de \$30.00 por cheques devueltos que no sean aceptados en nuestro banco desde el primer deposito. Citas a las que no son asistidas sin dar una notificacion anticipada de por lo menos 24 horas antes de la cita seran recargadas una suma de \$30.00 por cada ½ hora que fue reservada para usted.

Yo/nosotros verificamos que tengo(emos) posesiones legales suficientes disponibles para la Odontologa Ricardo B. Solis, D.D.S. por el pago del saldo total, mas el valor de los servicios adicionales autorizados, mas el interes mencionado anteriormente. Yo/nosotros entiendo(emos) que soy(somos) responsables por el pago total de los todos cargos dentales, sin importar cualquier cubrimiento del seguro dental el cual podra ser aplicado. Yo/nosotros estoy(amos) de acuerdo de pagar el saldo restante, y de otro modo, de pagar todos los costos de colecciones del mismo, incluyendo el costo razonable de un abogado y de la corte. Yo/nosotros no aplicare(emos) por ningun beneficio de Homestead Exemption en respecto a esta obligacion.

Yo/nosotros no aplicaremos ningun reclamo mientras esperando la audicion de este y estoy(amos) de acuerdo que el Condado de Albemarle, VA debe ser el apropiado de venerar audicion de cualquier otro reclamo de ahora en adelante.

Yo/nosotros he(mos) leído, entendido, y acordado todos los terminos explicados anteriormente y recibido una copia del mismo.

Firma del Paciente, Asegurado o Beneficiario

Fecha

Firma del Conyuge, Asegurado, Beneficiario, Persona Responsable

Fecha

Consentimiento para los menores: Yo doy permiso de que mi hijo(a) reciba el tratamiento necesario y los Rayos-X recomendados por el Doctor. Firma del padre o gardian/responsable _____