

Acuerdo de Nuevo Paciente

Gracias por darnos el placer de satisfacer las necesidades dentales de su niño(a). Por favor lea cuidadosamente y firme el siguiente acuerdo de nuevo paciente.

- Entiendo que uno de los padres o un guardián debe acompañar a el(la) niño(a).
- Entiendo que mi presencia en las consultas es requerida mientras que mi niño(a) esta siendo atendido(a) en la oficina.
- Entiendo que si no llamo con 24 horas de anticipación para cancelar o cambiar una cita, es posible el no poder programar otra cita, o sere requerido pagar un deposito.
- Entiendo que soy responsable de notificar a la oficina acerca de cualquier cambio en mi dirección o numero telefónico.
- Si no puedo ser contactado debido a desconexión en mi teléfono o cambios en la dirección de vivienda, soy responsable de llamar a la oficina dentro de las siguientes 24 horas para confirmar mi cita; si no mi cita no es garantizada.
- Entiendo que soy responsable de notificar a la oficina acerca de cualquier cubrimiento de seguro de mi niño(a).

Padre o Guardián: _____ Fecha: _____