



Jeffrey P. Fisher, DDS

“Anestesia Para Gente Pequeña”

Acuerdo Financiero Para La Anestesia Dental Pediátrica

(Para pacientes menores de 12 años)

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Programado del Tratamiento: _____

Nombre de Padre/Guardián: _____ Nombre del Dentista: _____

Tiempo Estimado de La Anestesia

Cobros Estimado de La Anestesia

La estimación del tiempo de la anestesia es lo siguiente: <i>Un período de 15-minutos de anestesia inicial antes del tratamiento dental</i> <i>Un tiempo variable para el tratamiento dental</i> <i>Un último estimado de 30-minutos monitorizando la recuperación</i>		Cobro básico por primeros 90-minutos de la anestesia: <i>Un cobro mínimo de \$850</i> Cobro extendido pasando los primeros 90-minutos de la anestesia: <i>Un cobro de \$100 por cada ASA unidad (cada 15-minutos adicionales de anestesia)</i>	
15 min.	Tiempo de anestesia inicial antes del tratamiento	Cobro mínimo para servicios de anestesia	\$ 850
_____	Lapso del tiempo estimado para el tratamiento por la dentista	Cobro de tiempo de anestesia extendido (\$100 x _____ ASA unidad/es)	\$ _____
30 min.	Tiempo estimado para la recuperación (cobro de un mínimo de 2 ASA unidades; cada unidad = 15 min. incremento)	Total de cobro estimado de la anestesia	\$ _____
_____		Cantidad menor del depósito no reembolsado	\$ _____
Total de tiempo estimado de los servicios de anestesia		Vencimiento de balance estimado de la cita dental	\$ _____

Yo (padre/guardián) admito la total responsabilidad financiera del pago de los servicios proveídos de la anestesia por el Dr. Jeffrey P. Fisher. Yo entiendo que firmando este documento, Yo estoy de acuerdo a pagar el cobro completo de los servicios de la anestesia. Yo entiendo que el tiempo estimado que me mencionan arriba por la dentista de mi hijo/a es solamente una **Estimación**. Si el procedimiento tomara menos del tiempo estimado, Yo seré cobrado solamente la cantidad del tiempo total de los servicios de la anestesia. Si el procedimiento excede la estimación dada, Yo seré responsable a pagar por la cantidad que está en la guía menciona arriba. Cualquier balance no pagado por 000000completo el día de la cita sin anterior arreglo será cobrado el 1% por mes por el servicio cobrado hasta que este pagado por completo.

Debido al tiempo, dedicación y coordinación entre la dentista y el anesthesiólogo en apartarle una cita, se requiere un **depósito no reembolsable de \$350** para que la cita de su hijo/a sea apartada. Si usted no llegara a venir o si el paciente toma o come algo el día de la cita la misma será cancelada y usted tendrá que olvidarse de su depósito de \$350. El pago puede hacerse por medio de efectivo, Money orden, cheque personal o tarjeta de crédito. *Un cobro de \$75 será cobrado por cada cheque rebotado por falta de fondos.*

--- Noticia Importante ---

No espere un reembolso de la anestesia dental. La mayoría de las a seguranzas medicas no pagan los servicios de la anestesia relacionada lo dental. Dr. Jeffrey P. Fisher no cobra a la compañía de las a seguranzas por el beneficiado (usted). Si usted planea un reembolso de su a seguranza por la cuota pagada de la anestesia, debe revisar directamente con su a seguranza los beneficios cubiertos.

Yo he leído la tabla y explicaciones mencionadas arriba. Yo entiendo y estoy de acuerdo con los arreglos financieros mencionados.

Firma: _____ Nombre en Molde: _____ Fecha: _____

Pago del Depósito

Cantidad: \$ _____	Método de Pago: _____	Efectivo	Cheque	Care Credit	Tarjeta/crédito	Otro _____
Numero de Tarjeta : _____	Fecha de Exp: _____/_____/_____	Código de 3-dijitos (atrás de la tarjeta) _____	(requerido)	(requerido)	(requerido)	(requerido)
Direccion: _____	Código Postal: _____	(requerido)	(requerido)	(requerido)	(requerido)	(requerido)
Acuerdo: Admito la responsabilidad de pagar la cantidad del depósito no reembolsable y estoy de acuerdo con la persona responsable de esta tarjeta.						
Nombre en Tarjeta: _____	Firma: _____	Fecha : _____	(En molde)	(persona de la tarjeta)		