



(310) 596 - 1111
smile@seahorsekidsdental.com

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE ACOMPAÑANTE

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Número de la historia clínica del paciente: _____

Yo _____ doy permiso _____ para dar su consentimiento en ayudas de diagnóstico, incluyendo radiografías, modelos, fotografías y tratamiento, así como para actualizar el historial médico de pacientes a la siguiente persona:

Nombre del acompañante: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Número de la historia clínica del paciente: _____

Fecha de nacimiento del acompañante (21 años o más): ____/____/____

Relación con el menor: _____

Firma acompañante: _____ Fecha _____

Por favor, guarde este archivo para todas las citas futuras (el consentimiento es válido por 90 días). Gracias.

Descargo de responsabilidad: Se acepta efectivo, y/o Visa/MasterCard, cheques (si procede). La parte responsable es en última instancia la encargada de todos los honorarios incurridos. Si se presenta seguro dental, el contrato estimado de co-pago es debido en su totalidad en el momento en que se prestan los servicios. La parte responsable deberá asumir cualquier cantidad descontada o rechazada por la compañía de seguros, excepto en el caso de que la cantidad sea un descuento contractual. Si el seguro no remite el pago en un plazo de 60 días, el saldo total pasa a ser obligación del responsable, y es éste quien debe cobrar a la compañía de seguros. Si una cuenta requiere una acción de cobro, la parte responsable estará obligada a pagar todos y cada uno de los gastos de cobro.

Como parte responsable, entiendo y acepto el descargo de responsabilidad anterior

Reconocimiento/aceptación de los padres/tutores: Acepto pagar de acuerdo con las condiciones y limitaciones de la póliza en el momento en que se presten los servicios. La firma abajo también constituye mi acuerdo como responsable de que el seguro someterá el pago a Seahorse Kids Dental. El formulario del historial médico del paciente debe ser completado y adjuntado con el consentimiento del acompañante. Por favor, tenga presente que se necesitará una identificación con foto el día del servicio. Este consentimiento sólo se respetará durante 90 días a partir de la fecha del servicio.

Número de teléfono

Padre o tutor legal (en letra impresa)

Firma del padre o tutor legal

Fecha