



# David E. Rogers, D.D.S.



## Acuerdo Financial

\_\_\_\_\_ Yo, (el Paciente, Representate Legal, o Persona Responsable para este paciete para esta fecha) declaro y acepto responsabilidad financiera total para servicios de anestesia dado el día de cirugía.

\_\_\_\_\_ Yo entiendo que firmando este documento yo estoy comprometiendo a pagar a Dr. David Rogers su cargo financiero completo para sus servicios de anestesia en cuanto que su tratamiento ha sido completado (\$400 los primeros 30 min, despues \$125 para cada 15 min **o porcion del mismo**, con una hora minimo.)


Tiempo estimado de anestesia/sedacion \_\_\_\_\_ Costo estimado para los servicios \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Yo confirmo que tengo informes estimados de los cargos para los servicios contemplados pero los cargos pueden ser mayor de los estimaciones dependiendo de la complejidad de la cirugía, el tiempo preparatorio de la anestesia o a la respuesta individual del paciente a los agentes anesteticos usados. Yo esto preparado a pagar estos gastos completos a la hora de que estos servicios estan rendidos.

\_\_\_\_\_ Yo estoy conciente que se entienden que si el paciente no llega a su cita sin noticia previa de cancelacion con minimo de 48 horas de aviso, o si no cumple con los instrucciones pre-operativos (como no comer or beber antes de la cirugía) el resultado sera perdido del deposito de \$400. Tambien cargos adicionales en forma de otro deposito de \$400 sera requerido para el siguiente cita.

Deposito hecho en la oficina dental: efectivo/MC/Visa \_\_\_\_\_ fecha de expiracion \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Yo estoy conciente que si no pago estos cargos se puede resultar en que voy a estar referido a una agnecia de colecciones y/o sujeta a acion legal.

\_\_\_\_\_ Yo estoy conciente que el pago puede ser hecha en efectivo, orden de pago o . Cheque personal no sera aceptado sin aprobacion previa de Dr. Rogers.

\_\_\_\_\_ Rembolsos de companies aseguradoras para anestesia dental NO deben ser presumidos. Varios polizas de seguro NO pagan para servicios de anestesia dental. Yo estoy conciente que Dr. David E. Rogers, D.D.S., no manda cobros a los companies aseguradoras. Pacientes queriendo reembolso deben checar con su compania aseguradora si tienen beneficios. Dr. Rogers puede prover un recibo para servicios profesionales rendidas si el paciente lo pida.

Yo estoy conciente y declaro que he leído y entiendo todo la informacion arriba mencionado.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firmado: \_\_\_\_\_

Relacion al Paciente: \_\_\_\_\_