

Smile4Us Dental

5050 FM 1960 W, Ste 126, Houston, TX 77069
(281) 440-0814 - smile4us1960@gmail.com

Patient form

Consentimiento de Tratamiento / Politica Financiera

Plantilla para revision de la clinica antes de uso con pacientes.

[TODO: clinic to review and approve this template before using it with patients.]

Consentimiento de tratamiento

Autorizo a Smile4Us Dental a realizar examen dental, imagen diagnostica, cuidado preventivo y tratamiento hablado conmigo por el equipo dental. Procedimientos especificos, riesgos, beneficios y alternativas deben revisarse antes del tratamiento.

Politica financiera

Los estimados de pago se basan en informacion disponible antes del tratamiento. Los beneficios del seguro no estan garantizados hasta que el plan los procese. El paciente o responsable es responsable de saldos no pagados por el seguro.

Reconocimiento

☐ Tuve oportunidad de hacer preguntas

☐ Entiendo que el tratamiento y los estimados financieros pueden cambiar

Firma del paciente/tutor

Fecha