



**Permiso de Acompañante**

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

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

Número de expediente del paciente: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ doy \_\_\_\_\_ permiso para acceder a ayudas de diagnóstico que incluya radiografías, modelos, fotografías y tratamiento, así como para actualizar el historial de salud de los pacientes a la siguiente persona:

Nombre de acompañante: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de acompañante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento de acompañante (21 o mayor): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Relación con menor: \_\_\_\_\_

Firma de acompañante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Por favor, mantenga esto en el archivo para todas las citas futuras (el consentimiento es válido por 90 días).  
Gracias.**

**Exención de Responsabilidad:** Pagos en efectivo, y/o Visa/MasterCard aceptado, cheques (si aplicable). La parte responsable es últimamente responsable de todos y cada uno de los gastos incurridos. Si se presenta un seguro dental, el copago estimado del contrato es debido en su totalidad en el momento en que se prestan los servicios. La parte responsable es además responsable por 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 dentro de los 60 días, el saldo completo se convierte en una obligación de la parte responsable, y entonces la responsabilidad de la parte responsable es cobrar a la compañía de seguros. Si en algún momento una cuenta requiere una acción de cobranza, la parte responsable estará obligada a pagar cualquiera y todas las tarifas de cobranza.

Entiendo y acepto el negante anterior como la parte responsable.

**Padre/Tutor Reconocimiento/Aceptación:**

Acepto pagar según las condiciones y limitaciones de la póliza en el momento en que se prestan los servicios. La firma a continuación también constituye mi acuerdo como la parte responsable de que el seguro deberá enviar el pago a Children's Dental FunZone (CDFZone). El formulario de historial de salud del paciente(s) se debe completar y adjuntar con el consentimiento. Tenga en cuenta que la identificación con foto será necesaria el día del servicio. Este consentimiento es solo por 90 días desde la fecha de servicio.

\_\_\_\_\_  
Nombre de Padre escrito / Tutor legal

(\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre / Tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha