



Children's Dental FunZone

800-717-KIDS

[www.cdfzone.com](http://www.cdfzone.com)

## Permiso de Acompañante

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

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Paciente: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ doy permiso a \_\_\_\_\_ para consentir el uso de herramientas de diagnóstico, incluyendo radiografías, modelos, fotografías y tratamiento, así como actualizar el historial de salud del paciente a la siguiente persona:

Nombre del Acompañante: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono del Acompañante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Acompañante: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ [Debe tener 18 años de edad o más]

Relación con el Menor: \_\_\_\_\_

Firma del Acompañante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Por favor, mantenga esto en archivo para todas las futuras citas (el consentimiento es válido por 1 año)**

**Aviso Legal:** Se aceptan pagos en efectivo y/o Visa/Master-Card. La parte responsable es, en última instancia, responsable de cualquier y todos los cargos incurridos. Si se presenta el seguro dental, el copago estimado del contrato debe pagarse en su totalidad en el momento en que se presten los servicios. La parte responsable es además responsable de cualquier monto descontado o no permitido por la compañía de seguros, excepto en el caso de que el monto sea un descuento contractual. Si el seguro no remite el pago dentro de 60 días, el saldo total se convierte en la obligación de la parte responsable, y entonces es responsabilidad de la parte responsable recolectar de la compañía de seguros. Si una cuenta alguna vez requiere una acción de cobro, la parte responsable estará obligada a pagar cualquier y todos los cargos de cobro.

Entiendo y acepto el aviso legal anterior como la parte responsable.

**Reconocimiento/Aceptación del Padre/Tutor:** Estoy de acuerdo en pagar de acuerdo con las condiciones y limitaciones de la política en el momento en que se presten los servicios. La firma a continuación también constituye mi acuerdo como la parte responsable de que el seguro enviará el pago a Children's Dental FunZone (CDFZone). El formulario de historial de salud del paciente debe ser actualizado y completado. Por favor, tenga en cuenta que se necesitará una identificación con fotografía el día del servicio. Este consentimiento es válido solo por 1 año a partir de la fecha del servicio.

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta del Padre/Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Número de Teléfono

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor Legal