



CONTRATO PARA PACIENTES NUEVOS

childrensdentistrysc.com

Tenemos el placer de satisfacer las necesidades dentales de su niño(a) en Children's Dentistry of Charleston. Por favor lea cuidadosamente y firme el siguiente acuerdo de términos para poder ser aceptado en nuestros consultorios:

- ✓ Entiendo que debo tener una tarjeta vigente de Medicaid, la cual debo presentar en cada visita para que mi niño(a) pueda ser atendido(a).
- ✓ Entiendo que si no llamo con 24 horas de antelación para cancelar o cambiar una cita, no podré programar otra cita con Children's Dentistry of Charleston.
- ✓ Si no puedo ser contactado debido a desconexión en mi teléfono o cambios en la dirección de vivienda, soy responsable de llamar a Children's Dentistry of Charleston dentro de las siguientes 24 horas para confirmar mi cita; de lo contrario, la cita de mi niño(a) será otorgada a otro paciente.
- ✓ Entiendo que soy responsable de notificar a Children's Dentistry of Charleston, PC acerca de cualquier cambio en mi dirección o número telefónico.
- ✓ Entiendo que uno de los padres o un guardián debe acompañar a el(la) niño(a).
- ✓ Entiendo que mi presencia en las consultas es requerida mientras que mi niño(a) esta siendo atendido(a) en Children's Dentistry of Charleston.
- ✓ Entiendo que soy responsable de notificar a Children's Dentistry of Charleston acerca de cualquier cubrimiento de seguro de mi niño(a).
- ✓ Entiendo que soy responsable de todos los costos no cubiertos por Medicaid debido a la frecuencia, procedimientos no cubiertos o falta de cubrimiento.

Ejemplos:

- a) Una radiografía panorámica (toda la boca) no será cubierta si ésta fue tomada en otro consultorio dental en los pasados 3 años.
- b) Exámenes de emergencia durante las horas de oficina son cubiertos únicamente 2 veces al año. El padre o guardián será responsable por el pago de cualquier otro examen de emergencia por el resto del año.

Se espera que los pagos de los costos no cubiertos por Medicaid sean realizados en su totalidad en cada una de sus visitas. Estos cobros le serán explicados antes de atender a su niño(a).

Al firmar, estoy de acuerdo y entiendo completamente los términos mencionados en este contrato. Si en algún momento no puedo cumplir con estos términos, mi niño(a) no podrá recibir servicios en Children's Dentistry of Charleston.

Padre o Guardián: _____ Fecha: _____