



Política de la oficina

Nos complace darle la bienvenida a nuestra clínica. Nuestro deseo es brindarle a usted y a su(s) hijo(s) la más alta calidad de servicio y atención dental en un ambiente acogedor y agradable. Para ser justos con todos, le pedimos que lea y recuerde las siguientes políticas:

1. Lleve siempre consigo un comprobante de seguro.
2. Déjenos saber si hay algún cambio de dirección, teléfono, correo electrónico, etc.
3. **Por favor, llegue a tiempo** para todas las citas. Hemos reservado un tiempo específico para usted y queremos cumplir con el horario. Si llega tarde, su cita podría ser reprogramada.
4. **Si no puede asistir a su cita programada y no llama con 24 horas de anticipación para reprogramar o cancelar su cita:**
 - Su cita será considerada como **Falta sin aviso**
 - Entendemos que surgen eventos inesperados y tratamos de trabajar con nuestras familias lo mejor que podemos.
 - **2 Faltas sin aviso/Citas canceladas** y la familia será despedida del consultorio.
 - En caso de que su familia sea despedida del consultorio, solo brindaremos atención dental **de emergencia** durante 30 días. Una vez transcurrido este período, no atenderemos a ningún familiar en nuestro consultorio.
5. Si no tiene seguro, el pago de los servicios debe realizarse al momento de la prestación. Aceptamos efectivo, cheques y la mayoría de las tarjetas de crédito principales.
6. Para todas las consultas de restauración, los pacientes deben pagar por adelantado para programarlas. Si se requiere óxido nitroso (sedación con gas), deberá pagar una tarifa adicional por este procedimiento, ya que las compañías de seguros no lo cubren. Si no se presenta a una consulta de restauración, se le cobrarán **\$100.00**.
7. Se aplicará un cargo por servicio de **\$35** por todos los cheques devueltos.
8. Cualquier saldo en la cuenta después de que se haya pagado el seguro, deberá pagarse en su totalidad.
9. Si el abajo firmante no realiza los pagos adeudados en virtud del presente, Seaside Smiles/Dra. Vickers podrá, en cualquier momento, sin previo aviso ni requerimiento, declarar la totalidad del saldo pendiente de la cuenta como vencido y pagadero de inmediato. El abajo firmante se compromete a pagar todos los costos de cobro, equivalentes al treinta y cinco por ciento (35%), incluyendo, entre otros, las costas judiciales y los honorarios de abogados, equivalentes al quince por ciento (15%) de cualquier monto adeudado a Seaside Smiles/Dra. Vickers. Así como otros gastos de cobro en los que incurra la Oficina Comercial de Seaside Smiles o en su nombre para exigir el pago en caso de incumplimiento.
10. Puede haber ocasiones en que la Dra. Vickers esté fuera del consultorio; sin embargo, nuestros higienistas aún pueden atender a los pacientes según la ley de supervisión ADA.
11. Tenga en cuenta que su información será/puede ser compartida a través de correo electrónico y archivos electrónicos con compañías de seguros y proveedores de atención médica.

AUTORIZACIÓN

He leído y acepto la política de oficina anterior, la entiendo y acepto los términos establecidos con respecto a los pagos.

Firma: _____

Fecha: _____