



Jeffrey P. Fisher, DDS

“Anestesia Para Niños”

Acuerdo de Pago Para La Anestesia Dental Pediátrica

(Para pacientes menores de 12 años)

Nombre del Paciente: _____ Fecha programada para el procedimiento: _____

Nombre de Padre/Tutor Legal: _____ Nombre del Dentista: _____

Duración Estimada de La Anestesia

Costo Estimado de La Anestesia

<p>La duración estimada de la anestesia es la siguiente: <i>Un período inicial de 15-minutos de anestesia inicial antes del tratamiento dental</i> <i>Un tiempo variable para el tratamiento dental (estimado por el dentista)</i> <i>Un período final estimado de 30-minutos monitorizando la recuperación del paciente</i></p>		<p>Cobro básico por los primeros 90-minutos de la anestesia: <i>Con un cobro mínimo de \$750</i> Cobro al sobrepasar 90-minutos bajo la anestesia: <i>Un cobro de \$100 por cada período o fracción de 15 min (unidad ASA)</i></p>	
15 min.	Tiempo de anestesia inicial antes del tratamiento	Cobro mínimo por el procedimiento de anestesia	\$ 750
_____	Lapso de tiempo estimado por el dentista para el procedimiento	Cobro por superar el tiempo mínimo de la anestesia (\$100 x _____ ASA unidad/es)	\$ _____
30 min.	Tiempo estimado para la recuperación bajo control <small>[se cobra un mínimo de 2 ASA unidades independientemente de la duración. (Cada unidad = 15 min.)]</small>	Tarifa total estimada para el procedimiento de anestesia	\$ _____
_____	Duración estimada del procedimiento de anestesia	Menos cantidad del depósito no reembolsable	\$ _____
		Pago estimado en el día de la cita dental	\$ _____

Yo (padre/tutor legal) de _____ reconozco mi completa responsabilidad respecto al pago de los servicios de anestesia general ofrecidos por el Dr. Jeffrey Fisher. Entiendo que firmando este documento me comprometo a pagar su tarifa por los servicios de anestesia general en el momento del procedimiento. Entiendo que el tiempo estimado del procedimiento mencionado en la tabla anterior es **SÓLO UN PRESUPUESTO**. Si el procedimiento llevara menos tiempo del estimado, se me facturará una tarifa basada en la duración de los servicios de anestesia general. Si el procedimiento excede el tiempo estimado, yo tendré la responsabilidad de pagar los cobros adicionales según la tabla anterior. Cualquier cantidad no pagada en el día del procedimiento sin acuerdo previo aumentará en un 1% cada mes hasta que se complete el pago.

Debido al esfuerzo, tiempo y coordinación necesarios entre el dentista y el anestesista necesario para hacer una cita bajo anestesia general, se requiere un **depósito SIN REEMBOLSO** de \$350, que debe ser pagado para poder confirmar la fecha de la cita. Si usted no se presenta el día de la cita puntualmente, o si no sigue las instrucciones que requieren **mantener al niño/a en ayunas (ni bebida ni comida) durante las ocho horas previas a la cita**, se cancelará la cita y usted perderá el depósito de \$350. Los pagos se pueden realizar en efectivo, giro postal, cheque personal, o tarjeta de crédito. Se cobrará una tarifa de \$75 por cada cheque sin fondos.

-AVISO IMPORTANTE-

No debería asumirse que su seguro dental cubrirá los gastos de este procedimiento. Muchos seguros dentales no cubren los gastos debidos a una anestesia general. El Dr. Jeffrey P. Fisher **no cobrará** a ninguna compañía de seguros en beneficio del paciente asegurado/a. Compruebe con su seguro dental que porcentaje de la tarifa cobrada por este procedimiento podría recuperar.

Certifico que he leído los costos estimados y la información incluida en este documento. Entiendo el presupuesto indicado y estoy de acuerdo con los gastos mencionados en este documento.

Firma: _____ Nombre: _____ Fecha: _____

Pago del Depósito

Cantidad: \$ _____	Método de Pago: _____	Efectivo _____	Cheque _____	Care Credit _____	Tarjeta de Crédito _____	Otro _____
Número de Tarjeta : _____ <small>(requerido)</small>	Fecha de caducidad: _____/_____ <small>(requerido)</small>	Código de seguridad (al reverso de la tarjeta) _____ <small>(requerido)</small>				
Dirección: _____ <small>(requerido)</small>			Código Postal: _____ <small>(requerido)</small>			
<p>Acuerdo: Acepto la responsabilidad de pagar la cantidad del depósito no reembolsable y estoy de acuerdo con el contrato de esta tarjeta de crédito (según la institución financiera que ha emitido la tarjeta de crédito).</p>						
Nombre en Tarjeta: _____ <small>(titular de la tarjeta)</small>	Firma: _____	Fecha : _____				