



## CONTRATO PARA PACIENTES NUEVOS

1350 Spring Street NW • Atlanta, GA 30309

770-692-1000 • Fax 404-389-1985

[dentistry4children.com](http://dentistry4children.com)

---

Tenemos el placer de satisfacer las necesidades dentales de su niño(a) en Dentistry for Children, PC. 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/PeachCare, 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 Dentistry for Children, PC.
- ✓ Si no puedo ser contactado debido a desconexión en mi teléfono o cambios en la dirección de vivienda, soy responsable de llamar a Dentistry for Children, PC 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 Dentistry for Children, 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) está siendo atendido(a) en Dentistry for Children, PC.
- ✓ Entiendo que soy responsable de notificar a Dentistry for Children, PC acerca de cualquier cubrimiento de seguro de mi niño(a).
- ✓ Entiendo que soy responsable de todos los costos no cubiertos por Medicaid/PeachCare 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/PeachCare 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 Dentistry for Children, PC.

Padre o Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_