



**Sparks Location**  
2145 Green Vista Dr.  
Sparks, NV 89431  
775.331.9477

**Fallon Location**  
2152 Reno Hwy. #B  
Fallon, NV 89406  
775.423.9453

**Perry Francis DDS**  
www.waskids.com



**Si, se aplicará un cargo de nombramiento roto de \$53,00 por media hora y cita:**

- No se recibió la notificación de cancelación al menos **24 horas hábiles** antes de la cita de rutina.
- Notificación de la cancelación no se recibe dentro de **48 horas** de cita operativo y cancelaciones de varios miembros de la familia.

**Casos de sedación/Hospital:**

- No habrá absolutamente cargo para reprogramar la cita de sedación de su hijo, como ofrecerle al menos **7 días** de antelación. Una cuota de \$300.00 de sedación se requiere antes de programar y se perderá si recibimos menos de **7 días** de antelación para cambiar o cancelar la cita.
- No habrá absolutamente cargo para volver a programar el procedimiento de hospital de su hijo, mientras proporciona por lo menos **7 días** de antelación. Una cuota de \$300.00 de hospital se requiere antes de programar una cita y se perderá si recibimos menos de **7 días** de antelación para cambiar o cancelar la cita.

Si usted tiene alguna pregunta no dude en preguntar a un miembro del personal.

---

Firma del padre/tutor fecha



**Sparks Location**  
2145 Green Vista Dr.  
Sparks, NV 89431  
775.331.9477

**Fallon Location**  
2152 Reno Hwy. #B  
Fallon, NV 89406  
775.423.9453

**Perry Francis DDS**  
www.waskids.com



### Políticas financieras

Buena comunicación sobre responsabilidades financieras promueve buenas relaciones con nuestros pacientes. No dude en preguntar si tienes alguna pregunta.

- **La persona que trae al niño es legalmente responsable por los pagos.**
- **No podemos dividir los pagos entre los dos padres .** Te pedimos que hagas un arreglo de pago si es necesario antes de su hijo programado cita.
- Participamos con la PPO siguiente: diversificado, protector Dental, Delta Dental Premier, MetLife, Premier acceso y United Concordia.
- Visitas al consultorio son pagaderos en el momento del servicio. Iniciales de \_\_\_\_
- Si su hijo requiere tratamiento dental realizado en la oficina, se requiere un depósito de \$50 cuando se planifica. Este depósito se abonará a la paga de co para el siguiente tratamiento dental de su hijo. \_\_\_\_Initials
- Si su hijo requiere tratamiento dental en un centro de cirugía ambulatorio o bajo sedación consciente en la oficina, cualquier paga co debe pagarse antes de programar el servicio. \_\_\_\_Initials
- Nuestras citas son (3) meses de anticipación. Cualquier cita de oficina cancelado sin previo aviso de 48 horas puede ser sujeto a un cargo de nombramiento roto de \$53,00. \_\_\_\_Initials
- Por favor, comprenda que nuestro objetivo es proporcionar a su hijo el mejor cuidado dental posible. El objetivo de su compañía de seguros es controlar los costes. No están en el negocio de determinar lo que una atención óptima. Su seguro es un contrato entre usted y la compañía de seguros. Le facturará su seguro como una cortesía hacia usted. \_\_\_\_Initials

Cualquier saldo restante después de 45 días deben pagarse. Aceptamos efectivo, cheques, giros, VISA. Mastercard, descubrir y cuidar el crédito.

---

Firma del padre/tutor

---

fecha