Bienvenido(a) a nuestra oficina dental!

El doctor Theodore Dimoulis, DMD, la doctora Katerine Dimoulis, DMD y nuestras asistentes estamos complacidos de que usted nos haya escogido para sus necesidades dentales. Esperamos ayudarlo(a) a usted y a su familia a alcanzar una sonrisa saludable y bella. Para poder proveerle un servicio excelente, le pedimos amablemente que cumpla con las pólizas de la oficina.

Si usted necesita cancelar una cita, por favor contáctenos con 24 horas laborales de anticipación como mínimo. Nos reservamos el derecho de cobrarle una **cuota de cancelación de $25 si usted no nos notifica con 24 horas laborales de anticipación como mínimo.**

Por favor sea amable con los demás pacientes asistiendo puntualmente a su cita. A menos que una situación de emergencia se presente, nosotros siempre trataremos de estar a tiempo para su cita.

El pago es requerido al momento del servicio prestado a menos que otro tipo de acuerdo se haya hecho por anticipado. En nuestra oficina se aceptan las siguientes formas de pago: efectivo, tarjetas de crédito(Visa, Master Card, Discover, American Express), tarjetas de debito, Care Credit y cheque**. Por favor, pregúntenos sobre nuestras opciones de arreglo financiero, las cuales le podrían ayudar a completar su tratamiento dental.**

El mejor elogio que usted nos puede dar es refiriendo su familia y amigos a nuestra oficina.

**Por favor déjenos saber cómo supo de nuestra oficina: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Gracias por ser nuestro paciente!

Firmando mi nombre yo declaro que he leído y entendido la información de esta carta. Todas mis preguntas concernientes a las pólizas de la oficina han sido respondidas. Con mi firma también declaro que entiendo y estoy de acuerdo con las pólizas de la oficina. Yo entiendo que soy responsable por todos los cargos del tratamiento dental que reciba, así como cualquier cargo relacionado con violación de mi parte de las pólizas de la oficina. Una copia de este documento es tan válida como el original. Usted puede recibir una copia de este documento si la solicita.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Nombre del Paciente (o Guardián) Firma del Paciente (o Guardián)/Fecha