

**Consentimiento para los Servicios:**

Gracias por elegir Union City Dental Associates. Para servirlos en la mejor manera posible, queremos tomar el tiempo para explicarle el plan de cobro en nuestra oficina.

A darnos su seguro dental, llamamos a su compañía de seguro y verificamos sus beneficios. La información que recibimos de su compañía de seguro es **solo una estimación** de la cobertura y **no es una garantía**.

Después de su visto en nuestra oficina, presentaremos su reclamo a la compañía de seguro directamente. Si la compañía de seguro no cubre el estimado en su totalidad, recibirá un estado de cuenta por correo y será responsable del saldo que reste en la cuenta.

Para pacientes sin seguro, el pago se debe realizar en el momento del servicio.

He leído y entiendo el plan de cobro de Union City Dental Associates.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Paciente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha