



**Timothy Wilson, D.D.S**  
(Services are provided by a general dentist)  
**7250 S. Durango Dr.**  
**Las Vegas, Nevada 89113**

### **FACTURA DE INFORMACION DE SEGURO DENTAL**

Como cortesía a nuestros pacientes, nosotros podemos verificar y someter la factura a su aseguranza. De cualquier manera no podemos garantizar que recibiremos pagos de parte de su seguro. Sujerimos que lea el manual de poliza que pertenece a su cobertura dental. Muchas compañías de azeguranzas tienen algun tipo de acuerdo como honorarios usuales y ajustes, deducibles, co-pagos, ect. Esta informacion esta en el manual. Usted es responsable de pagar toda cantidad que su seguro cubra o no cubra. Por favor este pendiente de esto y planifique pagar todos sus pagos conforme el servicio sea atendido, esto evitara confusiones financieras. En caso de que su serguero se niege a pagar, esta cuenta es su responsabilidad.

**Iniciales del paciente/padre/tutor legal** \_\_\_\_\_

### **POLIZA DE PAGOS**

Yo acepto que soy responsable en pagar cargos que mi seguro dental/medico no pague.  
Yo entiendo y acepto que puede aver cargos adicionales en forma de colectar cargos no pagados.

**Iniciales del paciente/padre/tutoe legal** \_\_\_\_\_

### **POLIZA DE CANCELACION**

Yo acepto y entiendo que ultimadamente yo soy responsable de ser fiel a mis citas. Si no puedo asistir a una cita yo debo avisar por lo menos 24 horas antes de la cita esto evitar un cargo de \$35.00.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente/Padre/Tutor Legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**