

Forma De Autorización

Esta forma debe ser completada por el padre o tutor de cada paciente visto en nuestra oficina. Por favor de leer lo siguiente y firmar abajo en la área indicada.

Estoy de acuerdo de ser responsable por todos los cargos del servicio dental y material que no sea pagado por mis beneficios dentales; a menos que el Dr. Dove o la práctica dental tengan un contrato de acuerdo con mi plan dental prohibiendo todo o una porción de dichos cargos.

Y para otorgar mi permiso bajo la ley pertinente, yo autoriza dar información relacionada con mis reclamos dentales.

Yo autorizo el pago de los beneficios dentales que sea pagado directamente al nombre abajo identificado:

Edward E. Dove, D.D.S., PC

Firma de Padre o Guardián

Fecha

Yo, _____, como padre o guardián de

_____ entiendo que mi hijo(a) tiene cobertura dental. Si por cualquier razón de elegibilidad que no este al corriente con mi hijo(a) el día de Servicio yo soy responsable por todos los Servicios o cargos devueltos en ese día.

La oficina del Dr. Dove no puede garantizar elegibilidad.

Firma de Padre o Guardián

Fecha