

# ***PUEBLO DENTAL CENTER***

1400 W. Valencia Road Ste. 100 Tucson, AZ 85746 520-746-1068  
1000 N. Silverbell Road Tucson, AZ 85745 520-624-7514

Bienvenidos a Pueblo Dental Center. Estamos felices de recibirlos en nuestra oficina y estamos orgullosos de que nos haya escogido para su tratamiento dental. Nuestro lema es proporcionarle el mejor trato dental y dedicacion. Para poder mantener esta maravillosa atmosfera, apreciamos su cortesia, Si en alguna ocasion le es imposible atender una de sus citas, por favor cancele con **24 horas de anticipacion**. Estaremos complacidos en darle otra cita para otra fecha y hora mas conveniente para usted. Se le hara el cargo de **\$25** en su cuenta si no cancela su cita con **24 horas de anticipacion**. Su **aseguranza dental** no cubre este cobro y usted sera responsable de pagar esta cantidad. Si varios miembros de su familia tienen citas hechas, seran canceladas y solo podremos darle una cita a tiempo.

Si el padre/madre o guardian legal no pueden atender a la cita con sus hijos, requerimos una forma notariada dando su consentimiento. Esta regla aplica a todos los menores de 17 anos. Por favor pregunte a nuestra recepcionista por esta forma.

Estamos complacidos de aceptar la mayoria de los planes de aseguranza y procesar el papeleo por usted. Hay muchos planes de aseguranza y no podemos tener conocimiento de todos. Usted es responsable de entender los beneficios de su aseguranza. Nosotros somos proveedores preferidos de algunas **ppo** aseguranzas. Hay algunas aseguranzas que no aceptamos y por lo tanto cobramos nuestros propios precios. Frecuentemente hay diferencias en precios de aseguranza y el paciente sera responsable de pagar la diferencia.

El porcentaje del paciente sera requerida despues de cada cita. Para rellenos requerimos el **20%** del total. En muchos casos tratamientos como coronas, dentaduras, puentes etc., necesitan pre-autorizacion de su aseguranza. Nosotros nos encargaremos de contactar a su aseguranza y pedir autorizacion, le comunicaremos la desicion tan pronto la recibamos, en ese momento le dejaremos saber cuanto sera su parte. Requerimos que el minimo de **50%** de su parte sea pagada el dia del tratamiento y el saldo cuando se termine. Debe de entender que algunos servicios no sean aceptados por su aseguranza y considerados no razonables y necesarios.

Nuestra practica se compromete a prever el mayor tratamiento posible a nuestros pacientes y a cobrar lo que es usual en nuestra area. Usted es responsable por el pago de su cuenta.

Entendemos que la situacion financiera de cada persona es diferente. Planes de pago pueden ser discutidos con el personal de esta oficina. Para su conveniencia aceptamos efectivo, cheques personales, tarjeta de debito y tarjeta de credito (Visa, Mastercard, Discover, American Express).

Si tiene alguna pregunta por favor sientase con entera libertad de preguntarle a alguien de nuestro personal.

Gracias por leer y comprender las reglas de esta oficina.

---

FIRMA DEL PACIENTE

---

FECHA