



## **Designación de Responsabilidad Financiera**

Bay Anesthesia es una empresa privada de "pago por servicio" y el pago debe realizarse en su totalidad en el momento en que se prestan los servicios. Somos una entidad completamente separada de su dentista y todas las tarifas relacionadas, los tiempos de operación y/o las órdenes se cobran y facturan por separado. Aunque son entidades separadas, su consultorio dental está autorizado a proporcionar su información personal, en lo que respecta a su cuenta de anestesia con Bay Anesthesia, y viceversa.

Bay Anesthesia Group NO acepta seguros como pago por los servicios. Si lo solicita, podemos proporcionarle un recibo detallado y una copia del registro de anestesia, desde el día del tratamiento (después de que su saldo haya sido pagado en su totalidad) que puede enviar directamente a su compañía de seguros para posibles eventos fuera de la red. reembolso. No garantizamos que recibirá un reembolso de su compañía de seguros. Comuníquese directamente con su proveedor si tiene alguna pregunta sobre su cobertura, sus políticas de pago y los procedimientos de reembolso.

Una vez que su depósito haya sido pagado, su cita será confirmada con nuestra oficina. **El saldo restante vence en su totalidad el día del procedimiento y se cargará automáticamente a la tarjeta registrada al finalizar el tratamiento o después, hasta que se satisfaga el saldo.**

*Certifico que he leído, entendido y reconocido la información anterior. Al completar la siguiente información, también entiendo y reconozco mi responsabilidad financiera por los servicios de anestesia proporcionados por Bay Anesthesia Group.*

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_

**Parte financieramente responsable # 1:**

Nombre: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Licencia de conducir y Exp: \_\_\_\_\_

Dirección de casa: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

**Parte financieramente responsable # 2: (Opcional)**

Nombre: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Licencia de conducir y Exp: \_\_\_\_\_

Dirección de casa: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

**Parte financieramente responsable # 1:**

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Parte financieramente responsable # 2:**

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_