

---

## Acknowledgement of Financial Responsibility

There are three fees associated with your visit today:

1. Dental (covers dentist and dental supplies)
2. Facility (covers equipment, supplies, nurses and rent)
3. Anesthesia (covers the anesthesiologist)

**I acknowledge that dental fees are due**, and if I do not pay my estimated co-pay today, I will receive a bill in the mail.

**I acknowledge that a facility fee is due**, and if I do not pay my estimated co-pay today, I will receive a bill in the mail.

**I acknowledge that an anesthesia fee is due**, and if I do not pay my estimated co-pay today, I will receive a bill in the mail.

Actual charges cannot be determined until after the procedure is complete, because:

- (1) Required treatment is confirmed once the patient is asleep and x-rays are taken
- (2) Anesthesia fees depend on the actual time the patient is asleep
- (3) Medical insurance co-payments will be determined after the insurance company reviews the claim, and will depend on my deductibles, coinsurance, coverage and maximum.

---

Patient Name

---

Date

---

Patient / Guardian Signature

---

Date

## Reconocimiento de Responsabilidad Financiera

Hay tres tarifas asociadas con su visita hoy:

1. **Dental** (cubre dentista y suministros dentales)
2. **Instalacion** (cubre equipos, suministros, enfermeras y alquiler)
3. **Anestesia** (cubre al anesthesiólogo)

Reconozco que se deben pagar las tarifas dentales, y si no pago hoy, recibiré una factura por correo.

Reconozco que se debe pagar una tarifa de instalación, y si no pago hoy, recibiré una factura por correo.

Reconozco que se debe pagar una tarifa de anestesia, y si no pago hoy, recibiré una factura por correo.

Los cargos reales no pueden determinarse hasta que se complete el procedimiento, porque:

- (1) El tratamiento requerido se confirma una vez que el paciente está dormido y se toman radiografías
- (2) Las tarifas de anestesia dependen del momento real en que el paciente está dormido
- (3) Los copagos del seguro médico se determinarán después de que la compañía de seguros revise el reclamo, y dependerán de mis deducibles, coseguro, cobertura y máximo.

---

Patient Name

---

Date

---

Patient / Guardian Signature

---

Date