

*A Brush Above Family Dental*  
3236 w. Fullerton  
Chicago, IL 60647  
(773) 276-0300

**Assignment and Release**

I, the undersigned, have insurance with \_\_\_\_\_ and assign directly to Dr. \_\_\_\_\_ all benefits, if any, otherwise payable to me for services rendered. I hereby authorize the doctor to release all information necessary to secure the payment of benefits. I authorize the use of this signature on all information submissions whether manual or electronic.

X \_\_\_\_\_  
Signature Date

**Minor /Consent**

I, the parent or guardian of \_\_\_\_\_ do hereby request and authorize the dental staff to perform necessary dental services for my child, including but not limited to x-rays, and administration of anesthetics which are deemed advisable by the doctor, whether or not I am present at the actual appointment when the treatment is rendered.

X \_\_\_\_\_  
Signature Date

**Financial Agreement**

I acknowledge that payment is due at the time of treatment, unless other arrangements are made. I agree that parents/guardians are responsible for all fees and services rendered for treatment of a minor/child. I accept full financial responsibility for all charged not covered by insurance.

X \_\_\_\_\_  
Signature Date

I acknowledge that if a payment plan agreement has been arranged with the office manager, that payment must be made in full at the time the work is completed.

X \_\_\_\_\_  
Signature Date

I acknowledge that I must provide at least 24 hour advance notice if I cannot keep my appointment. If cancellation is done less than the above-mentioned time, we reserve the right to charge a \$50.00 cancellation fee per hour; which must be paid before my next appointment.

X \_\_\_\_\_  
Signature Date

*A Brush Above Family Dental*  
3236 w. Fullerton  
Chicago, IL 60647  
(773) 276-0300

**Asignación y Facilitación:**

Yo firmo, que tengo seguro dental con \_\_\_\_\_ y asigno directamente a Dr. \_\_\_\_\_ todos los beneficios, si alguno, de otra manera ser pagados hacia mí por todos los servicios brindados. Yo por la presente, autorizo a los doctores que faciliten toda la información necesaria para asegurar el pago de mis beneficios. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las sumisiones ya sean electrónicas o manuales.

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

Date

**Consentimiento de Menores:**

Yo, el padre o tutor de \_\_\_\_\_ por la presente solicito y autorizo a todo el personal que pueden desempeñar los servicios dentales necesarios a mi hijo, incluyendo pero sin limite radiografías, y la administración de anestesia que pueden ser consideraras o recomendadas por el doctor/a, por si estoy o no presente cuando la cita tome lugar o cuando el tratamiento sea desempeñado.

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

**Acuerdo Financiero:**

Yo reconozco que el pago de los servicios que sean desempeñados tiene que ser pagados el mismo día, en caso de que no se hayan discutido antes de la cita. Yo entiendo que como padre o tutor soy responsable por todos los gastos de los servicios desempeñados para mí o mis hijos. Y acepto toda la responsabilidad por todos los cargos que no sean cubiertos por el seguro dental.

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

Yo reconozco que si el arreglo de pagos fue discutido antes del tratamiento con la coordinadora de finanzas, que el pago tiene que ser pagado por completo al tiempo en que el trabajo sea realizado.

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

Yo reconozco que tengo que notificar a la oficina por lo menos 24 horas antes de la cita si quisiera cancelarla. En caso de que no la cancele en el tiempo descrito arriba, la oficina tiene el derecho que cobrame un cargo de \$ 50.00 por hora, el cual tiene que ser pagado antes de mi siguiente cita.

X \_\_\_\_\_