



DEPOSITO/PAGO CON TARJETA DE CRÉDITO

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Oficina Dental: _____ Fecha de Procedimiento: _____

Un depósito de \$1000 es debido cuando se hace la cita. Esto se aplicará a la factura final de los servicios de anestesia. El pago total del saldo restante se debe pagar el día del tratamiento antes de la anestesia.

CREDIT CARD INFORMATION

Tipo de Tarjeta: (elige uno) MasterCard Visa Discover Amex Other:

Nombre del titular de la tarjeta (como se muestra en la tarjeta): _____

Número de Tarjeta: _____ Fecha de Exp. (mm/yy): _____

CVV Code (Código de 3 dígitos en el reverso de la tarjeta): _____

Dirección de Facturación: _____ Código Postal: _____

Cantidad: \$

Yo, _____, autorizo a DreamGuard Anesthesia a cobrar mi tarjeta de crédito mencionada anteriormente por la cantidad indicado. Cualquier saldo adicional adeudado después del procedimiento puede ser cobrado como se indica a menos que se hayan hecho otros arreglos.

Nombre del Padre/Tutor

Fecha

Firma del Paciente