



## DEPOSITO/PAGO CON TARJETA DE CRÉDITO

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Oficina Dental: \_\_\_\_\_ Fecha de Procedimiento: \_\_\_\_\_

Un depósito de \$1200 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.

### INFORMACIÓN DE LA TARJETA DE CRÉDITO

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 digitos en el reverso de la tarjeta): \_\_\_\_\_

Dirección de Facturación: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**Cantidad: \$**

Yo, \_\_\_\_\_, el padre o tutor de \_\_\_\_\_ 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 Padre/Tutor