



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