



Programa de niños sin costo a usted

Nombre del paciente _____

Servicios Dentales incluyendo CDT códigos _____

Diagnostico _____

Los servicios indicados arriba son:

- a) _____ Servicio no cubierto en el programa de niños
- b) _____ El máximo por año a sido agotado

Yo _____

Entiendo que los servicios que están marcados arriba no los cubre el programa de niños. Si decido que mi hijo obtenga servicios marcados arriba yo seré totalmente responsable por el costo de esos servicios

El costo estimado que tengo que pagar es \$ _____ pero siempre y cuando no sea más de \$ _____

Firma del padre/guardia _____

fecha _____

Testigo _____

fecha _____