



Opcion de Pagos

Porfavor sepa que este es solo un estimado. Con la cobertura de su seguro el estimado puede ser inferior o el trabajo necesario puede cambiar. **Por favor, no sienta presión para programar el trabajo hasta que esté listo para que se realice.**

Porfavor escoja una de las siguientes,

_____ Pagare toda mi porcion en cada visita.

_____ No quiero hacer los pagos de intereses a carecredit (3, 6, o 12 meses).

_____ Quiero un 10% de descuento adicional por pagar por todos los trabajos antes de comenzar.

Al firmar abajo, estoy de acuerdo:

- A pagar de acuerdo a la opción de pago elegido anteriormente,
- A pagar **\$35 por cualquier cita perdida** ,y
- **Pagar cualquier cuenta retrasada si** es applicable.

Firma de paciente o guardian

Fecha