

Dr. Jason Gladwell / Dr. Kathleen Elverman / Dr. Steven Petritz
Gladwell Orthodontics

Nombre de paciente: _____

Date: _____

Nombre de la Persona Legalmente Responsable por el Paciente:

Yo, _____, he decidido empezar tratamiento ortodontico para el paciente mencionado anteriormente. Al tomar esa decisión, estoy demostrando que entiendo que desde hoy en adelante es mi responsabilidad financiera pagar un total de \$_____. En la próxima cita me darán la oportunidad de establecer un plan de pagos para el tratamiento. Si por alguna razón decido cancelar mi tratamiento después de que mi información ha sido procesada, yo seré responsable por los gastos asociados.

Signature: _____

Date: _____

Wake Forest / Raleigh / 919.453.6325 / gladwellorthodontics.com