



**PROGRAMA DE BENEFICIOS DE SALUD DENTAL PARA NIÑOS  
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA LA  
FACTURACIÓN DIRECTA A MEDICARE (BULK BILLING)**

Yo, el paciente / tutor legal, certifico que me han informado acerca:

- del tratamiento que se ha suministrado o que se suministrará a partir de esta fecha, de acuerdo al Programa de beneficios de salud dental para niños;
- del costo probable de este tratamiento; y
- del uso del sistema de facturación directa por los servicios, según el Programa de beneficios de salud dental para niños, y que yo no pagaré por el costo de estos servicios, siempre que haya fondos suficientes disponibles según el límite de los beneficios.

***Entiendo que yo / el paciente solo tendré/á acceso a los beneficios dentales hasta el límite de los beneficios.***

***Entiendo que los beneficios para algunos servicios pueden tener restricciones y que el Programa de beneficios de salud dental para niños cubre una gama limitada de servicios. Entiendo que deberé hacerme cargo del costo de los servicios no cubiertos por el Programa de beneficios de salud dental para niños.***

***Entiendo que el costo de los servicios reducirá el límite disponible de beneficios y que tendré que hacerme cargo del costo de servicios adicionales, una vez que se hayan agotado los beneficios.***

\_\_\_\_\_  
Número de Medicare del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente / tutor legal

\_\_\_\_\_  
Nombre completo del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre completo de la persona que firma  
(si no es el paciente)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Este formulario es válido hasta el 31 de diciembre del año calendario por el que se firma.



**CHILD DENTAL BENEFITS SCHEDULE  
BULK BILLING PATIENT CONSENT FORM**

I, the patient / legal guardian, certify that I have been informed:

- of the treatment that has been or will be provided from this date under the Child Dental Benefits Schedule;
- of the likely cost of this treatment; and
- that I will be bulk billed for services under the Child Dental Benefits Schedule and I will not pay out-of-pocket costs for these services, subject to sufficient funds being available under the benefit cap.

***I understand that I / the patient will only have access to dental benefits of up to the benefit cap.***

***I understand that benefits for some services may have restrictions and that Child Dental Benefits Schedule covers a limited range of services. I understand I will need to personally meet the costs of any services not covered by the Child Dental Benefits Schedule.***

***I understand that the cost of services will reduce the available benefit cap and that I will need to personally meet the costs of any additional services once benefits are exhausted.***

\_\_\_\_\_  
Patient's Medicare number

\_\_\_\_\_  
Patient / legal guardian signature

\_\_\_\_\_  
Patient's full name

\_\_\_\_\_  
Full name of person signing  
(if not the patient)

\_\_\_\_\_  
Date

This form is valid up to 31 December of the calendar year for which it is signed.