



Thank you for choosing our practice to assist you with your care. We appreciate your trust and are committed to providing you with high quality, compassionate care.

We value our patients and tailor their treatment plans according to their unique needs, in doing so, we allocate time for each appointment accordingly. We realize that circumstances may occur beyond your control that may not allow you to provide 24 notification. Failure of a patient to notify the office to cancel or change their appointment without 24 hour notice is considered a "No-Show". To help remind patients of their appointments we have implemented an automated reminder system. Please assure we have your correct and most up to date phone numbers or email address at all times throughout the course of your treatment to allow us to better serve you.

The "no show" appointments will be documented in the patient record.

Charges for "no-show appointments are as follows:

- Office visit \$50.00
- Procedure or surgical center visit \$100.00

This letter will serve as notice about the office no show policy and fees.

I acknowledge that I have read and understand the policy.

Print Name

Signature

Date

ACUERDO DEL PACIENTE PARA LAS CANCELACIONES Y AUSENTE

Gracias por elegir nuestra práctica para su atención médica. Agradecemos su confianza y nos comprometemos a brindarle una asistencia médica compasiva y de alta calidad.

Valoramos a nuestros pacientes y adaptamos sus planes de tratamiento de acuerdo con sus necesidades únicas, al hacerlo, asignamos un tiempo adecuado para cada cita. Nos damos cuenta de que puede haber circunstancias fuera de su control que no le permitan notificarnos con 24 horas. El hecho de que un paciente no notifique a la oficina que cancela o cambia su cita sin previo aviso y con 24 horas de anticipación se considera un "Ausente". Para ayudar a recordar a los pacientes sus citas, hemos implementado un sistema de recordatorio automático. Asegúrese de proporcionarnos sus números de teléfonos correctos y actualizados o su dirección de correo electrónico a lo largo del curso de su tratamiento para permitirnos brindarle un mejor servicio.

Las citas "Ausente" se documentarán en el registro del paciente.

Los cargos por la cita donde el paciente no se haya presentado son los siguientes:

- Visita a la oficina \$50.00
- Visita al centro quirúrgico o de procedimiento \$100.00

Esta carta servirá como aviso de esta oficina sobre la política y tarifas de cancelaciones y ausencia.

Reconozco que he leído y entiendo la política.

Imprimir nombre

Firma

Fecha