

POLÍTICAS Y TARIFAS DE CANCELACIÓN / LLEGADA TARDÍA / NO LLEGADA



Nuestro objetivo es brindar atención médica de calidad de manera oportuna. Para hacerlo, hemos tenido que implementar las siguientes políticas. Estas políticas nos permitirán utilizar mejor las citas disponibles para nuestros pacientes que necesitan atención médica.

POLÍTICA DE CANCELACIÓN DE CITAS / NO LLEGADA

Entendemos que hay ocasiones en las que debe faltar a una cita debido a emergencias u obligaciones laborales o familiares. Sin embargo, cuando no llama para cancelar su cita, es posible que esté impidiendo que otro paciente reciba el tratamiento que tanto necesita. Por el contrario, puede surgir una situación en la que otro paciente no cancele y no podamos programarle una cita médica a usted debido a un calendario aparentemente "lleno".

Si necesita "cancelar su cita", requerimos que nos llame con 24 horas de anticipación de un día laboral. Las citas tienen una gran demanda y su cancelación anticipada le dará a otro paciente la posibilidad de tener acceso a una atención médica oportuna.

Una "no llegada" es alguien que falta a una cita sin cancelarla con 24 horas de anticipación. Faltar a una cita sin dar aviso causa inconvenientes a las personas que necesitan acceso a la atención médica de manera oportuna.

Cómo cancelar su cita

Para cancelar una cita, puede llamar o enviar un correo electrónico a su oficina.

POLÍTICA DE LLEGADA TARDÍA

Entendemos que pueden ocurrir retrasos. Sin embargo, debemos tratar de mantener la agenda de los otros pacientes y médicos a tiempo. Si usted llega 15 minutos después de la hora programada, es posible que tengamos que reprogramar su cita. Por favor notifique a la oficina si sabe que va a llegar tarde.

TARIFAS

- Tarifa por cancelación de cita el mismo día - \$35
- Tarifa por no presentarse - \$50
- Tarifa por copias de registros médicos (Estatutos de Florida 395.3025) - \$1.00 por página más costo de envío
- Tarifa por cheque devuelto \$50
- Formularios de discapacidad / FMLA / escuela que debe completar el médico - \$25 por formulario

ESCRIBA EL NOMBRE DEL PACIENTE

FIRMA / PADRE / GUARDIÁN LEGAL

___ / ___ / ___
FECHA

NÚMERO DE CUENTA DEL PACIENTE _____ (USO DE OFICINA ÚNICAMENTE)