

**Política de cancelación de 24 horas**

Nos damos cuenta de que las emergencias y otros conflictos de programación surgen y a veces son inevitables. Sin embargo, el aviso previo nos permite satisfacer las necesidades de programación de otros pacientes y mantiene el consultorio dental operando en el nivel más eficiente. Debido a nuestros tratamientos individuales de 60 minutos, las citas pérdidas son un inconveniente significativo para su dentista, el consultorio y otros pacientes.

 Esta política está en vigor por respeto a nuestro dentista Y a nuestros clientes. Las cancelaciones con menos de 24 horas de antelación son difíciles de llenar. Al dar aviso de última hora o sin previo aviso, evita que otra persona pueda programar en esa franja horaria y deja un agujero de 60 minutos en nuestro horario.

1. Proporcione a nuestra oficina un aviso de 24 horas para cambiar o cancelar una cita. Los pacientes que no asisten a una cita programada o no proporcionan un aviso de 24 horas para cambiar una cita programada pueden ser responsables de un cargo por servicio de **$ 50.00** por la cita perdida de la Dr. Álvarez y **$ 75.00** por cita perdida del asociado dental. Este cargo no se puede facturar al seguro y debe pagarse en o antes de la próxima cita programada.

2. Reservamos su hora de cita de una hora solo para usted. No hacemos doble reserva de nuestros pacientes para que podamos proporcionar resultados de tratamiento óptimos para todos nuestros pacientes. El aviso de 24 horas nos permite ofrecer ese tiempo a un paciente en lista de espera.

3. Después de dos citas perdidas o canceladas sin el aviso apropiado de 24 horas, es posible que se le coloque una política de programación el mismo día para sus tratamientos, lo que no le permitiría programar ninguna cita con anticipación.

NOTA: Nunca se le cobrará por una cancelación si se realiza con más de 24 horas de anticipación a la hora de su cita programada.

Gracias por proporcionar a nuestra oficina y a nuestros pacientes esta cortesía. He leído, entiendo y acepto cumplir con la política anterior:

Nombre de impresión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del paciente (o responsable) Fecha