

AVISO DE LA POLÍTICA DEL CONSULTORIO PARA LOS PACIENTES

Nos esforzamos en dar la mejor calidad de atención médica a nuestros pacientes. Para hacer esto posible, nos apegamos a un grupo de directrices importantes. Léalas detenidamente, ponga su inicial en todas las líneas e indique que está de acuerdo firmando al final del formulario.

_____ **Política de retraso:** Llegue 15 minutos antes de la cita para completar/actualizar su formulario de registro. Si llega 20 minutos tarde a una cita, tendrá que cambiar la fecha o esperar a que haya un espacio disponible. No hay ninguna garantía ya que los espacios disponibles debido a cancelaciones o citas perdidas son impredecibles.

_____ **Política de cancelación y citas perdidas:** si desea cambiar o cancelar una cita, le pedimos que avise con 24 horas de anticipación. Esto nos permite darle la cita a otro paciente que podría estar esperando ver a un proveedor. Sin embargo, entendemos que puede haber emergencias. Haremos todo lo posible para encontrar una solución. Si no puede comunicarse con nosotros con 24 horas de anticipación, llámenos o envíenos un mensaje seguro a FollowMyHealth tan pronto como sepa que no va a poder llegar a tiempo a la cita. Si falta a la cita sin un aviso o notifica con menos de 24 horas de anticipación, se considerará como una cita perdida. Nosotros **debemos/podemos** cobrarle \$50.00 por una cita perdida. A los pacientes que pierden sus citas repetidamente, pueden ser excluidos del consultorio médico.

_____ **Seguro/Copagos:** lleve el seguro y el copago actualizado a todas las visitas. Si no hace un copago en el momento de la visita, se le podría cancelar la cita. Los pacientes son responsables de los cargos no cubiertos por el seguro.

_____ **Falta de identificación adecuada:** los pacientes que no tengan una identificación válida con fotografía, información de seguro adecuada o que falte información de seguro, se les puede pedir que reprogramen. Cualquier paciente que se represente incorrectamente usando una identificación obsoleta o de alguien más será excluido del consultorio médico.

Nombre del paciente (en letra de molde)

Firma del paciente o de la parte responsable

Fecha de nacimiento: _____

Fecha: _____