

Políticas de Cancelacion y No Presentarse a Cita

Paciente: _____

Paciente: _____

Paciente: _____

Paciente: _____

Los padres deben colocar sus iniciales en cada párrafo para indicar que han leído y entendido las indicaciones.

_____ Las citas dentales que se CANCELAN con menos de 24 horas de anticipación pueden estar sujetas a un cargo de \$28. Si no puedo hablar con alguien directamente, dejare un mensaje de voz con el nombre, cita y otra información pertinente.

_____ Los pacientes que no se presentan a su cita sin una llamada para cancelar se consideran NO SE PRESENTO A SU CITA. .

_____ Los cargos de Cancelación y por No Presentarse A Su Cita son responsabilidad exclusiva del paciente y deben pagarse en su totalidad antes de la próxima cita del paciente.

_____ La oficina se reserve el derecho de reprogramar la cita dental si llega más de 10min tarde. En este caso se cobrara una multa de \$28.

_____ **** Pacientes de Medicaid o Chips:** La tarifa de cancelación no se aplica. Sin embargo, los pacientes que no se presenten a sus citas tres veces o cancelen con menos de 24 horas de anticipación, podrán ser destituidos de nuestra clínica

Acepto las normas y estipulaciones con respecto a los servicios que recibo de Febres Dentistry for Children.

Padre o Representante legal (nombre): _____

Relación: _____ Firma: _____ Fecha: _____