



POLIZA DE CANCELACION

Pedimos a nuestros pacientes que hagan el mejor esfuerzo por cumplir con sus citas. Si por alguna razón no pueden asistir les solicitamos nos avisen con 24 horas de anticipación. Si usted cancela su cita con 24 horas de anticipación, el tiempo reservado para usted queda disponible para otro paciente. Cuando un paciente no asiste a su cita, perdemos la oportunidad de reprogramar el tiempo que se le asignó, a otro paciente que necesita atención dental. Por favor lea con atención los términos de nuestra póliza.

Si no cancela con 24 horas de anticipación/Cita Perdida

Se aplicará un cargo de \$75.

Definición de "Cita Perdida"

Una cita perdida es cuando usted:

* Cancela o reprograma una cita en menos de 24 horas de anticipación

O

* Cuando no aparece a la cita programada.

ACUERDO FINANCIERO

Se requiere el pago completo de los servicios al momento de la cita. Para su comodidad aceptamos tarjetas de crédito Visa y Mastercard, cheques y dinero en efectivo. Como cortesía con nuestros pacientes sometemos los reclamos a su compañía de seguros y esperamos por el pago de ellos después de procesar el reclamo. Sin embargo no tenemos control sobre su póliza de seguro. El valor del servicio en su totalidad es responsabilidad del paciente si la compañía de seguros decide no cubrir el tratamiento. Nos reservamos el derecho de cobrar \$25 por cheques retornados y \$20 por demoras de mas de 30 días en el pago de sus facturas. Costos de compañía de colección, tarifas legales y gastos de corte también serán responsabilidad del paciente si fallara en pagar sus facturas oportunamente. Apreciamos su comprensión y consideración.

He leído y entendido la póliza de cancelación y el acuerdo financiero

Nombre del paciente:

Firma del paciente:
(Padre/apoderado)

Fecha:
