

## Póliza de citas perdidas

Bienvenido a la clínica dental Hope. Nos complace tenerlo como paciente y realizaremos su tratamiento de la mejor forma posible. Para que podamos prestarle el mejor servicio, debemos establecer una relación de trabajo con usted que requiere de su asistencia a todas las citas agendadas. De esta manera usted reflejará su cooperación con nuestro plan de tratamiento sugerido. Teniendo en cuenta lo anterior, tenemos la siguiente póliza en efecto con respecto a nuestros servicios:

### CITAS PERDIDAS:

Para proveerle un servicio eficiente, porfavor llame a notificarnos por lo menos con 24 horas de anticipación si usted no puede asistir a su cita. Nosotros con gusto le cambiaremos la cita tan pronto como podamos para continuar con su tratamiento efectivamente.

**PORFAVOR TENGA EN CUENTA QUE TENEMOS UNA PÓLIZA PARA LAS CITAS PERDIDAS, PARA LAS CITAS CANCELADAS EN EL MISMO DÍA Y PARA LAS CITAS EN LAS CUALES USTED NO SE PRESENTE:**

Una cita perdida significa:

- Cancelar la cita el mismo día en el cual usted debía asistir a su cita.
- Citas en las cuales usted no se presente y no nos llame a notificarnos.

### DESCONTINUACIÓN DEL TRATAMIENTO DEBIDO A CITAS PERDIDAS

Si usted completa dos (2) citas perdidas en un periodo de doce (12) meses, nosotros nos veremos en la obligación de terminar su tratamiento, ya que es difícil proveer un tratamiento competente y efectivo bajo esas condiciones. Si esto sucede, le daremos una lista de otras clínicas comunitarias para que usted continúe su tratamiento si usted así lo desea.

Nuestra última meta es mejorar el acceso a las citas de todos los pacientes. Esperamos que reduciendo las citas en las que usted no se presente y las citas canceladas en el mismo día, podremos proveerle un mejor servicio y acceso a usted y a los pacientes que busquen nuestros servicios. Le agradecemos anticipadamente por su cooperación.

Su firma abajo indica que usted entiende y esta de acuerdo con la póliza mencionada:

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_