

Lucita M. Cruz, M.D., Inc.

12507 Alondra Blvd., Norwalk, CA 90650 (562) 802.2203, fax (562) 404-8555

POLÍZA DE CANCELACIÓN, NO PRESENTACIÓN y TARDE

Lucita MD se compromete a brindar una atención excelente. Desafortunadamente, cuando un paciente cancela sin avisar con suficiente anticipación, impide que se atienda a otro paciente.

Llámenos al 562.802.2203 24 horas antes de su cita programada (o antes) para notificarnos sobre cualquier cambio o cancelación. Para cancelar una cita del lunes, llame a nuestra oficina antes de las 4 p.m. del viernes anterior.

Las citas en la oficina que se cancelen con menos de 24 horas de notificación pueden estar sujetas a un cargo por no presentación de \$35.00.

Llegadas tardías:

Si un paciente llega más de 10 minutos tarde a una cita, es posible que sea necesario reprogramar la cita. Esto es para garantizar que los pacientes que lleguen a tiempo no esperen más de lo necesario para ver al proveedor. Es posible que se le dé la opción de esperar otra cita el mismo día si hay alguna disponible. Intentaremos acomodar a los que llegan tarde de la mejor manera posible, pero no podemos comprometer la calidad y la atención oportuna brindada a nuestros demás pacientes. Si un paciente llega al consultorio con 15 minutos de retraso para una cita, se reprogramará al paciente y se le podrá cobrar una tarifa de \$35 por no presentarse.

Los cargos por cancelación y no presentación son responsabilidad exclusiva del paciente y deben pagarse en su totalidad antes de la próxima cita del paciente.

Pacientes que no se presentan:

Los pacientes que no se presenten a su cita sin llamar para cancelarla se considerarán como no presentados y se les puede cobrar una tarifa de \$35. Los pacientes que no se presenten tres (3) o más veces en un período de 12 meses pueden ser despedidos de la práctica y, por lo tanto, se les negará cualquier cita futura.

La firma del paciente a continuación indica comprensión y voluntad de cumplir con la poliza de cancelación, no presentación y llegada tardía.

Nombre y apellido del paciente

Firma del paciente

Fecha