

## Política de no presentación a la cita médica/Ausencia a la cita

Hamblen Pediatrics Associates ha instituido una política para cuando se falta a la cita médica. Esta política consiste en que las cancelaciones de su cita deben ser realizadas 24 horas antes del horario de su cita médica.

Pacientes/Tutores están llamados a llamar dos días antes de la visita fijada, A Ud. Se le da la opción en ese momento de aceptar la Cita, cancelar la Cita, o dejar un mensaje.

Cualquier paciente que falle 3 citas medicas programadas será dado de alta del cuidado de la clínica Hamblen Pediatrics

La compañía Hamblen Pediatrics también puede cobrar al tutor o padre; de un cargo por no presentarse/ ausentarse/o fallar a las citas. En caso de una falla a la cita del Chequeo Físico/o una cita por enfermedad el honorario a pagar sería de: \$20.00, Por la falla al Examen Físico de de 0 hasta 12 años el honorario sería de \$25.00. Por la falla al Examen Físico de 12 años en adelante sería de \$35.00. Por la falla a una cita de **TDAH /Déficit de Atención por Hiperactividad/Comportamiento/o cita de enfermo que tome tiempo extra** será de \$40.00. Por la falla de una cita de evaluación de **TDAH /Déficit de Atención por Hiperactividad/o evaluación de comportamiento** será de \$60.00. **Este honorario no será cubierto por su Seguro- Ud. tendrá que pagar este cargo antes que su hijo(a) sea visto en nuestras facilidades de Hamblen Pediatrics.**

Lo sentimos mucho, pero debido al número de pacientes que planifican una cita médica y luego no se presentan, nos vimos obligados a instituir esta política.

Yo, padre o tutor, \_\_\_\_\_, he leído la **Política de no presentación a la cita médica**, Y entiendo que (nombre y apellidos del paciente) \_\_\_\_\_ será dado de alta del cuidado de la clínica después de fallar a 3 citas programas/o No presentarme. También entiendo que se me cobrara un honorario por fallar y no asistir a las citas medicas.

Padre/Tutor/Paciente (18 años en adelante) \_\_\_\_\_

Fecha del día en que se firma: \_\_\_\_\_

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

DOB/Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_