

Women's Health Services

Politica de cancelacion/no asistir sin previo aviso.

7/26/10

Women's Health services se compromete a ofrecerle el mejor cuidado posible. Al mismo tiempo requerimos de su compromiso de llegar siempre en tiempo y asi obtenga el tiempo completo de su visita. Le pedimos que trate siempre de llegar 15 minutos antes de la hora de su cita. Esto le dara tiempo de registrarse en la recepcion y le dara tiempo a nuestro personal de llevarla a el area de examinacion, tomar sus signos vitales, y saber del estado general de su salud para asi comenzar su visita con el/la doctor/a a tiempo.

A partir del 1ero de Agosto del 2010 se requiere un aviso de 24 horas de anticipacion si necesita cancelar su cita. Si usted simplemente no asiste a su cita o a su vez cancela con menos de 24 horas de anticipacion Women's Health services se reserva el derecho a cobrar 25.00 dolares. Este cargo sera facturado directamente a su cuenta y debera ser saldado antes de su siguiente cita. Eso es estrictamente su resposabilidad y no de su compania de seguros.

Si usted no asiste a tres citas sin previo aviso de cancelacion con 24 horas de anticipacion, sera dado de baja por completo de la clinica. El buen cuidado medico y su continuidad requiere de una relacion buena y positiva entre doctor y paciente. Esto no se puede lograr si usted no asiste a sus citas.

Para que usted y todos nuestros pacientes obtengan el mejor cuidado, favor de llegar 15 minutos antes de la hora de su cita para que asi pueda aprovechar el tiempo completo de su visita y el/la doctor/a pueda aconsejarle sobre cualquier preocupacion que usted tenga referente a su salud. Sabemos que su tiempo es muy valioso y estamos comprometidos a atenderle a usted y todos nuestros pacientes a tiempo para que tenga tiempo de expresar todas sus preocupaciones. Consideramos que nuestro tiempo tambien es valioso y los horarios de nuestros doctores frecuentemente estan llenos.

Le agradecemos por hacer posible que Women's Health Services le sirva de la mejor manera posible.

Este acuerdo fue registrado el dia ____ de _____, _____.

Firma del Paciente: _____

Nombre del Paciente: _____