



POLIZA SOBRE LAS ASISTENCIAS A LAS CITAS **Medico, Dentista y Consejero de Salud Mental**

Nosotros, en ReGenesis Care (RHC), entendemos que usted a veces necesita cancelar o reprogramar su cita y que pueden haber emergencias. Si no puede asistir a su cita, por favor, avísenos lo más pronto posible.

Para asegurarnos que cada paciente reciba la cantidad adecuada de tiempo para su visita y para brindar la más alta calidad de atención, es muy importante que cada paciente que haya sido programado asista a su cita a tiempo. Como cortesía, se proveerá un recordatorio a través de una llamada telefónica que será efectuada el día laboral antes de la cita. Sin embargo, es la responsabilidad del paciente llegar a su cita a tiempo.

POR FAVOR REVISE NUESTRA SIGUIENTE POLIZA:

- 1) Por favor cancele su cita por lo menos 24 horas antes de lo programado: Hay una lista de espera para ver a los clínicos de RHC, y cuando sea posible nos gustaría poder darle la oportunidad a los pacientes para así acortar el tiempo de espera.
- 2) Si una cancelación es notificada con menos de 24 horas de anterioridad, esta será documentada como una cita en la cual el paciente "No se presentó".
- 3) Si usted simplemente no asiste a la cita, esta será documentada como: "No se presentó".
- 4) Después de la primera cita documentada "No se Presentó/Faltó", RHC le recordará de nuestra poliza una vez que usted llame o se presente para reprogramar la cita.
- 5) Después de la segunda cita documentada "No se Presentó/Faltó", durante el transcurso de un año, RHC le enviara un acarta de aviso.
- 6) Si usted "no se presenta" a 3 citas durante el transcurso de un año, recibirá una carta de nuestras oficinas y podría enfrentarse a ser retirado de la práctica.

He leído y entiendo la poliza del centro de salud ReGenesis acerca de las asistencias a las citas y comprendo mi responsabilidad de planificar mis citas de acuerdo a mi disponibilidad y notificar a RHC de manera apropiada en caso de no poder asistir a la cita programada.

_____ Nombre del Paciente	_____ Fecha de nacimiento	_____ Fecha
_____ Firma del Paciente o del Tutor en caso sea un menor	_____ Relación con el paciente	
_____ Firma del personal de RHC	_____ Fecha	