

GRACE FOOT AND ANKLE CENTER

MICHAEL J KIM DPM
9353 Fairway View Pl, Ste 100
Rancho Cucamonga, CA 91730
fax: 909-300-6324 phone: 909-858-2772

NUESTRA MISIÓN

Servir a nuestras comunidades con compasión y respeto mientras promovemos su salud y bienestar.

NUESTROS VALORES

Compasión, rendición de cuentas, respeto y responsabilidad.

Reconocimiento del paciente Política de Cancelación de Citas

Estimado paciente,

Grace Foot And Ankle Center ha instituido una Política de cancelación de citas. Una cancelación hecha con menos de 24 horas de anticipación limita significativamente nuestra capacidad de hacer que la cita esté disponible para otro paciente que lo necesite.

Para seguir siendo coherentes con nuestra misión, hemos instituido la siguiente política::

1. Por favor, proporcione a nuestra oficina un **aviso de 24 horas** en caso de que necesite reprogramar su cita. Esto nos dará la oportunidad de brindar atención a otro paciente. Siempre se puede dejar un mensaje con el servicio de contestador para evitar que se cobre una tarifa de cancelación.
2. **Una cita "No se presenta", "Sin llamada" o perdida, sin la notificación adecuada las 24 horas, se le puede cobrar una tarifa de \$ 50.**
3. Esta tarifa no es facturable a su seguro.
4. Si llega 15 minutos o más tarde a su cita, la cita puede ser cancelada y reprogramada.
5. Como cortesía, hacemos llamadas de recordatorio, para citas, con uno o dos días de anticipación. Tenga en cuenta que si no se recibe una llamada o mensaje de recordatorio, la política de cancelación permanece vigente.
6. Las citas perdidas repetidas pueden resultar en la terminación de la relación médico/paciente.

Si tiene alguna pregunta sobre esta política, informe a nuestro personal y estaremos encantados de aclarar cualquier pregunta que tenga. Se le proporcionará una copia de esta política. Por favor, firme y la fecha debajo de su acuse de recibo.

He leído y entiendo la Política de Cancelación de Citas y reconozco sus términos. También entiendo y acepto que dichos términos pueden ser modificados de vez en cuando por la clínica.

Nombre impreso del paciente

Firma del paciente

Fecha

MRN# _____