

# CLINICA DENTAL CARING HANDS

## POLÍTICA DE CITA

Si por alguna razón no puede asistir a una cita, debe llamar al menos 24 horas antes de la cita o se considerará una cita fallida.

Es posible que cualquier persona que llegue con más de 10 minutos de retraso deba intentar reprogramarla, ya que es posible que le den su cita a alguien que espera.

Es muy importante que cumpla la cita que programe con nuestra clínica y que llegue a tiempo. Con la gran demanda que tenemos por nuestros servicios, es necesario tener una política establecida con respect a las citas programadas.

No asistir a una cita o llegar tarde puede resultar en futuros problemas dentales debido a la falta de tratamiento. Así como negarle a otra persona recibir atención.

Para personas mayores de 21 años, una cita fallida lo coloca al final de la lista de espera, 2 citas fallidas requieren que busque un proveedor dental diferente. Si desea continuar la atención con nosotros, deberá pagar el costo del tiempo de silla vacía, que actualmente cuesta \$1600.00 por hora. A los pacientes sin seguro se les pedirá que vayan a otro lugar en la primera cita fallida y/o paguen por el tiempo de silla vacía.

Para niños menores de 20 años, 1 cita fallida, lo mantenemos en la lista de espera actual, 2 cita fallida, va al final de la lista de espera y tres citas fallidas le pedimos que busque un proveedor dental diferente. Si desea continuar siendo atendido aquí, deberá pagar el costo del tiempo de silla vacía, que actualmente cuesta \$160.00 por hora.

El personal de Caring Hands espera satisfacer sus necesidades dentales, pero debido a la gran demanda, debemos cumplir con las políticas anteriores para el beneficio de todos los involucrados. También entendemos el clima, la familia y las enfermedades y trataremos de ser lo más justos posible, pero las cancelaciones repetidas pueden poner en peligro el uso de nuestros servicios.

En 2018, la Clínica perdió \$275,450.00 por citas fallidas, lo que generó tiempo de silla vacía.

**Firme a continuación que ha leído y entendido nuestra política de citas.**

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_