****

**Póliza de Citas Atrasadas y Perdidas**

En **Ascension Children's Dental**, confiamos en usted para mantener la cita de su hijo. Cuando establecemos una cita, se reserva un tiempo específico especialmente para su hijo. Muchas oficinas duplican o incluso triplican citas de libros para evitar daños financieros como resultado de una cita perdida. Sin embargo, las citas de reserva doble no nos permiten brindar la atención y el cuidado necesarios para brindar una odontología de excelente calidad y, por esta razón, optamos por no hacerlo.

***Si por alguna razón debe cancelar o cambiar su cita, es importante que avise a nuestra oficina por lo menos 48 horas de anticipación para que le ofrezcamos ese lugar a otra persona.***

• **1era cita perdida**: Si se pierde o cancela una cita dentro del plazo de 48 horas, llamaremos y le enviaremos una carta a su hogar para recordarle de nuestra política y los efectos de su cita perdida. También nos reservamos el derecho de reprogramar la cita cuando sea más conveniente para nuestra oficina.

• **2da cita perdida**: Después de su segunda cita perdida, se enviará otra carta a su hogar para notificarle sobre cambios en el estado de su cuenta.

**Para citas de higiene / prevención** después de la 2da cita perdida, el paciente será colocado en una lista de avisos cortos y se le notificará cuando haya una cancelación o apertura en el horario. No se pueden programar citas de higiene antes de tiempo hasta que la cuenta del paciente vuelva a estar en buen estado. La decisión de restablecer el buen estado de la cuenta del paciente queda a criterio exclusivo del gerente general.

**Llegadas tardías:** Cuando reservamos tiempo para usted, necesitamos todo ese tiempo para brindarle la mejor calidad de trabajo posible. Cuando llega tarde, disminuye nuestra capacidad para lograr esto. Si llega más de 15 minutos tarde, su cita puede ser reprogramada para cumplir con las necesidades de aquellos que están a tiempo para su visita reservada. Si esto sucede, se considerará una cita perdida. He leído la política anterior. Entiendo y acepto cumplir con los términos enumerados.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de Responsable de Cuenta Financiera Fecha