



Reconocimiento de la Póliza de Ausencia para CCHC

Sus proveedores dentales quieren asegurarse que usted y otros residentes del área tengan acceso de cuidado dental de alta calidad cuando lo necesite. Para asegurar el acceso máximo de servicios dentales para todos nuestros pacientes, por favor tenga en cuenta la siguiente Póliza de Citas:

Citas Programadas: Aunque vamos hacer cada esfuerzo para recordarle de su siguiente cita dental por teléfono o por correo, últimamente usted está responsable de recordarse de su cita, fecha y horario.

Confirmando Citas: Le llamaremos al número(s) que usted nos ha proveído por lo menos dos días antes de su cita programada para confirmar que todavía planea mantener su cita. Si contactamos su buzón de mensaje de voz, dejaremos un mensaje requiriendo que nos llame de regreso lo más tarde del mediodía del día siguiente para confirmar su intención de mantener su cita. Si falla en llamarnos de regreso, vamos a asumir que no va a mantener su cita y será removido del horario.

Cancelando Citas: Si no puede mantener su cita programada, tiene que llamarnos para dejarnos saber por lo menos 24 horas en avance para que le podamos ofrecer su cita a otro paciente. Si falla en proveernos por lo menos 24 horas de aviso cuenta como una cita perdida.

Citas Tardes:

Si llega más de 10 minutos tarde para su cita programada removeremos su cita del horario y esto será contado como una cita perdida, su cita puede ser reprogramada o lo trataremos como un paciente sin cita previa.

Citas Perdidas:

Debido a la falta crítica de acceso a servicios dentales en nuestra área, se toma muy en serio citas perdidas. Si pierde una cita, va ser apuntado como haber perdido una cita. Usted va ser responsable de llamar a la clínica para reprogramar su cita. Si pierde una segunda cita sin aviso apropiado durante el mismo año del calendario, una carta de notificación será enviada a usted. Después de tres citas perdidas dentro del periodo de un año, usted no podrá programar una cita con un dentista de CCHC. Por favor hable con cualquier empleado dental si tiene preguntas de nuestra Póliza de Ausencia.

Entiendo y estoy de acuerdo a cumplir con la Póliza de Ausencia.

Firma del Paciente

Fecha

Firma de Padre/Guardián (para pacientes menores de 18)