



### **Acuse de recibo de la política de citas y ausencias de CCHC**

Sus proveedores de servicios médicos quieren asegurarse de que usted y otros pacientes tengan acceso a la atención médica cuando lo necesiten. Para garantizar el máximo acceso a los servicios médicos a todos nuestros pacientes, tenga en cuenta la siguiente política de citas:

Citas programadas: Aunque haremos todos los esfuerzos por recordarle de su próxima cita médica por teléfono o correo, usted es el responsable en última instancia de recordar la fecha y hora de su cita.

Confirmación de citas: Le llamaremos al teléfono que usted nos haya suministrado por lo menos dos días antes de su cita programada para confirmar que aún planea mantenerla. En caso de comunicarnos con su correo de voz, le dejaremos un mensaje en el cual le pediremos que nos devuelva la llamada a más tardar el mediodía del día siguiente con el fin de confirmar su intención de mantener la cita.

Cancelación de citas: Si usted no puede asistir a su cita, debe llamarnos por lo menos con 12 horas de antelación para informarnos que le podemos ofrecer su cita a otro paciente.

Tardanzas: Si usted llega a su cita programada con un retraso de más de 10 minutos, la misma puede ser reprogramada o se le atenderá como a un paciente sin cita previa según la disponibilidad.

Citas perdidas: Debido a la falta de acceso a servicios médicos, las citas perdidas se toman muy en serio. Si usted falta a una cita, la misma se documentará como cita perdida. Nos pondremos en contacto con usted para reprogramarla.

Si usted pierde una segunda cita sin previo aviso dentro de un periodo de seis meses, se le enviará por correo una carta de notificación de la presente política.

Luego de haber perdido tres citas de manera consecutiva dentro de un periodo de 6 meses, usted ya no podrá programar citas con la clínica.

Luego de dos visitas no programadas, usted será elegible para hacer una cita.

Hable con cualquier miembro del personal médico en caso tenga preguntas sobre nuestra política de citas y ausencias.

Entiendo y acepto cumplir con esta política de citas y ausencias.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor (pacientes menores de 18 años)