

POLÍTICA DE CITAS PERDIDAS DE HOMETOWN PEDIATRICS

Pedimos a nuestros pacientes que sean respetuosos y corteses con sus compañeros pacientes, nuestros proveedores y los horarios del personal. Si no puede asistir a su cita programada, le pedimos que le avise a nuestro consultorio con al menos 4 horas de anticipación cuando necesite reprogramar o cancelar una cita, cuando sea posible. Si no reprograma su cita o no notifica a nuestro consultorio al menos 4 horas antes de la cita programada, se considerará que no se presentó. Tres ausencias en un año calendario pueden resultar en que su hijo sea dado de baja como paciente de nuestra práctica.

- Una cita perdida puede resultar en un mensaje de texto sobre su cita perdida y una copia de la política de citas perdidas.
- La segunda cita perdida puede resultar en un mensaje de texto sobre su segunda cita perdida y una copia de la política de citas perdidas.
- La tercera cita perdida puede resultar en un mensaje de texto sobre su cita perdida, una copia de la política de citas perdidas y un aviso de despido enviado por correo a la dirección del paciente y de cualquier otro niño (niños) registrado bajo ese tutor como paciente en nuestra práctica. Una tercera cita en la que no se presente puede resultar en una derivación a un coordinador de atención al paciente, si corresponde.

POLÍTICA DE RETRASOS: Pedimos que todos los pacientes lleguen 15 minutos antes de la hora programada para su cita. Esto da tiempo para que la recepcionista actualice la información necesaria y complete el proceso de registro. Si llega 15 minutos tarde o más a su cita, se considerará que no se presentó y se le pedirá que re programe su cita a menos que el horario del proveedor aún pueda acomodarlo. Si su proveedor programado no puede acomodar a una llegada tardía, se le pedirá que re programe o se le trabajará con el primer proveedor disponible. Se dará prioridad a los pacientes que lleguen a tiempo.

Gracias por ser comprensivo y respetuoso con esta política, nuestro personal y otros pacientes.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma de los tutores: _____ Fecha: _____