

Cuenta # \_\_\_\_\_

tabla # \_\_\_\_\_



PEDIATRIC & ADOLESCENT MEDICINE

300 Old River Road, Suite, 105 Bakersfield, Ca 93311  
1215 34<sup>th</sup> Street, Bakersfield, CA 93301  
Teléfono (661) 663-4700 Fax (661) 663-4740  
[www.Bakersfield-Pediatrics.com](http://www.Bakersfield-Pediatrics.com)

### Cita cancelación/No Show política

Recientemente hemos visto un aumento de pacientes que no demuestran para arriba para sus citas programadas o no llame a la oficina para cancelar su cita dentro de un plazo razonable. Cada cita que se pone en peligro la relación médico/paciente y nos impide dar citas a otros pacientes necesitados de atención médica. En un esfuerzo por corregir este problema nuestra oficina es instituir una **Política de No mostrar** como sigue:

Un "**No Show**" se definirá como una cita para que un paciente no mantuvo su cita y no hay comunicación del padre o tutor legal, por lo menos 24 horas antes de su cita programada. Si usted tiene una cita el mismo día usted debe llamar a 4 horas antes de la cita a cancelar o se considerará la cita faltada un No Show. Si necesita cancelar una cita programada después de horas normales de trabajo o en el fin de semana o días festivos, por favor llame a nuestra oficina y dejar un mensaje con el servicio de contestador. Tendrá que notificar el contestador de su nombre y fecha de la cita y tiempo, luego oficiará a la oficina por el mensaje enviado por fax.

Un paciente que es incapaz de mantener 3 o más citas programadas dentro de un plazo de 12 meses se determinará como teniendo excesiva No muestra. El plazo de 12 meses se iniciará con la primera cita faltada. Tener excesiva No muestra no puede resultar en un paciente ser dado de alta de la práctica a discreción del médico y un posible \$20 cargo de espectáculo por cita faltada.

El abajo firmante, acusará recibo de las oficinas políticas de **cita, cancelaciones y No Show** y entender las consecuencias de no acudir a citas programadas.

\_\_\_\_\_  
Patient Name

\_\_\_\_\_  
Print Parent/Guardian Name

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent/Guardian

\_\_\_\_\_  
Date