

Gastroenterology Associates of S.W. Florida, P.A.

Appointment No Show/Cancellation Policy Cita Perdida / Poliza de cancelacion

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nuestro objetivo es proporcionar atención médica de calidad en el momento oportuno. Para ello, hemos tenido que aplicar una penalidad si no se presenta la poliza / cancelación. Esta poliza nos permite utilizar mejor las citas disponibles para nuestros pacientes que necesitan atención médica.

Poliza de llegar:

Un "No Show" también se considera una "cita perdida" esto ocurre cuando no se presentó a una cita sin una llamada telefónica 24 horas antes o cancelada sin previo aviso por lo menos 24 horas.

No informar en el momento de una cita programada se registrará en su cuadro como "No Show". Tres (3) citas "No Show" en un período de 12 meses, darán como resultado el alta de nuestra práctica. Recibirá una carta certificada de su médico que lo retira de otros servicios de atención al paciente.

Para cada "No Show" habrá \$ 25.00; el cual tendrá que ser pagado en su totalidad antes de programar las citas futuras.

Poliza de cancelación:

Con el fin de ser respetuoso de las necesidades médicas de otros pacientes, por favor, sea cortés y notificarnos de inmediato si no puede asistir a una cita. Esta vez será reasignado a alguien que necesita de tratamiento. Si es necesario cancelar su cita, se requiere al menos 24 horas de anticipación, y llamando a primera hora del día es apreciado. Las citas son de la demanda, y su cancelación anticipada darán otra persona la posibilidad de tener acceso a la atención médica oportuna.

Si cancela su cita en el mismo día o el aviso de menos de 24 horas se le considera como un "Cita Perdida" (ver poliza de arriba).

Cómo cancelar citas con anticipación?

Durante el horario normal puede llamar al (239) 275-8882 / (239) 458 -0822 O puede enviar un mensaje seguro a cualquier hora del día a través de nuestro portal de pacientes segura (<https://giaswfl.portalforpatients.com>)

Aprobación o descarga de la practica

Los pacientes que habitualmente abusan de esta poliza o que continuamente cancelan las citas seran sujetos a la descarga de la práctica.

Al firmar esta poliza indico que he leído y entiendo la poliza de cita perdida / cancelación. Además, entiendo que seré responsable por los costos evaluados a mi cuenta para cada "Cita Perdida" y pueden ser rechazadas citas futuras hasta que haya pagado en su totalidad las cuotas pendientes.

Escriba su Nombre en letra de molde.

Fecha de hoy.

Firma del Paciente o de su Guardian /o Representante Legal Relacion al Paciente? /y/ Account Number

Asociados de Gastroenterología S. W. Florida, PA cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo.