



# RANCHO PASEO MEDICAL GROUP

## Sistema de Recordatorio de Citas

Tu nombre: \_\_\_\_\_

Me gustaría recibir recordatorios sobre mis citas y otros mensajes relacionados con mi tratamiento a través de: *(Elija todo lo que corresponda.)*

Teléfono al (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Mensaje de texto al (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Correo electrónico al \_\_\_\_\_

## Políticas con respecto a Cambio, Cancelación, Llegada, y Ausencia

*Lea lo siguiente y firme con iniciales a la izquierda de cada uno para indicar que entiende:*

Entiendo que:

\_\_\_\_\_ debo llegar 15 minutos antes de mi cita programada para el proceso de registro o mi cita será cancelada;

\_\_\_\_\_ si no confirmo mi cita, puede estar sujeto a cambio y/o cancelación;

\_\_\_\_\_ si no puedo asistir a mi cita programada por cualquier motivo, le avisaré con al menos 24 horas de antelación;

\_\_\_\_\_ si falto a tres (3) citas seguidas, puedo ser despedido de la clínica;

*(La cancelación o reprogramación de una cita con menos de 24 horas de anticipación o la falta de una cita puede resultar en una tarifa de falta y/o cancelación de \$ 25.00 por visita a la clínica.)*

\_\_\_\_\_ Es mi responsabilidad actualizar mi información de contacto cuando cambie.

**He leído y entiendo completamente toda la información anterior y por la presente acepto cumplir con lo descrito.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Si está firmado por alguien que no sea el paciente, seleccione su relación legal con el paciente:

Padre  Tutor  Cónyuge  Representante  Parte Financieramente Responsable