



NO PRESENTARSE POLIZA

Efectivo: 03/04/2014



Absolute Foot Care se compromete en ayudar a administrar y mantener sus necesidades de la salud se sus pies, Cuando usted programa una cita con su médico ese tiempo se reserva exclusivamente con usted para revisar y discutir sus preocupaciones médicas. Entendemos que en ocasiones circunstancias imprevistas surgen y la necesidad de cancelar su cita puede ser necesaria. Si usted sabe que será incapaz de mantener su cita, le pedimos que muestre consideración llamando a nuestra oficina con 24 horas de antemano. Proveer a nuestra oficina con una notificación adecuada permitirá ofrecer esta cita a otro paciente que necesite ver al médico. Si su cita fue confirmada, **No hay excepciones.**

Los siguientes cobros se evaluarán por no presentarse y/o cancelar.

- Un cobro de \$50 se le aplicara por “no presentarse” o por no dar aviso de 24 horas de la necesidad de cancelar todas citas de rutina. Un cobro de \$100 o 50% (cualquiera que sea mayor) se le aplicara por “no presentarse” o por no dar aviso de 24 horas de la necesidad de cancelar todos los procedimientos programados.
- Un cobro de \$100 se les aplicara a los pacientes nuevos por “No Presentarse” o por no dar aviso de 24 horas de la necesidad de cancelar todas citas nuevas.

*** Estos cargos no son facturables a su aseguranza y serán la responsabilidad del paciente. Todo cobro por “No Presentarse” deberá ser pagado antes de programar una cita con el médico. A fin para que se programe una cirugía el paciente debe autorizar los cargos a su tarjeta de crédito. ***

Favor de Seleccionar una de las 3 opciones:

- Yo autorizo a Absolute Foot Care a cargar mi tarjeta de crédito indicada a continuación:
 Tipo de tarjeta de crédito que aceptamos:  
 No. De Cuenta: _____ Expiración: _____ CVC: _____
- No tengo tarjeta de crédito. Recibiré una factura y comprendo que al no pagar resultara que me envíen a colecciones.
- Me niego a firmar este documento y comprendo que no seré aceptado en la práctica como un paciente y tendré que buscar atención médica en otra parte.

X _____
 Firma de Paciente

 Fecha