

NO SHOW / TARDE CANCELACIÓN POLÍTICA DE NOMBRAMIENTO

Nosotros, en **Emed Multispecialty Group**, entendemos que a veces necesita cancelar o reprogramar su cita y que hay emergencias. Si no puede cumplir con su cita, llámenos lo antes posible (**con al menos un aviso de 24 horas**). Para su comodidad, hay varias opciones disponibles para cancelar su cita. (1) Llámenos al (904) 513-3240 durante nuestro horario comercial normal. (2) Si llama fuera del horario de atención, nuestro servicio telefónico fuera del horario de atención al cliente está disponible para ayudarlo. (3) Descargue la aplicación HEALOW para acceder a cancelar o aser una cita.

Para garantizar que cada paciente tenga la cantidad adecuada de tiempo asignado para su visita y para proporcionar la atención de la más alta calidad, es muy importante que cada paciente programado asista a su visita a tiempo. Como cortesía, intentaremos enviar una llamada/texto recordatorio de cita al menos (1) día hábil antes de su cita programada. Por favor, asegúrese de que tenemos su número de teléfono actualizado en el archivo. Sin embargo, es responsabilidad del paciente llegar a tiempo para su cita.

POR FAVOR REVISE LA SIGUIENTE POLÍTICA:

1. Cancele su cita con al menos un aviso de **24 horas**: hay una lista de espera para ver a los Proveedores en Emed y, siempre que sea posible, nos gusta llenar los espacios cancelados para acortar el período de espera para nuestros pacientes.
2. Si se da una cancelación de menos de 24 horas, esto se documentará como una cita de "No presentación" o "Cancelación tardía" **y se le cobrará una tarifa de \$ 20.00 por no presentación o cancelación tardía.**

He leído y entiendo la Política de citas de Emeds No Show / Cancelación tardía y entiendo mi responsabilidad de planificar las citas en consecuencia y notificar a Emed adecuadamente si tengo dificultades para cumplir con mis citas programadas.

_____	_____	_____
Nombre del paciente	Fecha de Nacimiento	Fecha de Hoy
_____	_____	
Firma del paciente o padre / tutor si es menor	Relación con el paciente	
_____	_____	
Firma del personal	Fecha de Hoy	