



POLITICA DE CANCELACION

Numero de teléfono para cancelaciones y tardanzas: (407) 734-1273

Usted puede dejar un mensaje de voz o enviar un mensaje de texto para cancelar o re-programar su cita, aunque siempre trataremos de enviarle un recordatorio, usted es responsable de asistir a su cita ya programada y contestar nuestro recordatorio ya sea por mensaje de texto o por teléfono.

La razón para esta política: El que nos notifique acerca de su intención de cancelar o re-programar su cita con 24 horas de anticipación nos permite ofrecerle ese espacio a otra persona. Esto es importante porque algunas personas podrían estar esperando por una cita más cercana o podrían necesitar cambiar su cita a otro horario más conveniente. Si su cita es un lunes, le pedimos que nos notifique no más tardar a las 4:00 pm del viernes previo. Se aprecia el que nos notifique con el mayor tiempo posible.

1. A usted nunca se le cobrará por una cancelación si usted cancela con más de 24 horas de anticipación.
2. Se le cobrará la cantidad de \$25.00 si usted cancela con menos de 24 horas de anticipación; a menos que la razón sea debido a una enfermedad o emergencia. Si usted presenta documentación que evidencie las circunstancias que evitaron que usted pudiera asistir a su cita, se podría remover el cargo pero solo a discreción del médico.
3. Si usted simplemente no se presenta a su cita ya programada, se le cobraré el costo total por la cita pérdida Y NO TENDRA DERECHO A UNA NUEVA CITA. Usted deberá cubrir el balance pendiente previo a coordinar una nueva cita.
4. Dado a que es ilegal facturarle a su seguro médico por una cita pérdida, usted tendrá que pagar la tarifa completa por sesión sin seguro médico (resultando en un cargo mucho mayor al que usted hubiera pagado si hubiera mantenido su cita).
5. **Llegar tarde sin notificación:** Si usted notifica que estará llegando unos minutos tarde, se le reservará su espacio y usted tendrá el tiempo que reste de su sesión. Si llega más de 15 minutos tarde a su cita, se considerará como cita pérdida y se le aplicará la política correspondiente.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de esta política de cancelación, usted debe discutirlo con su médico al inicio de su sesión.

Por favor firme a continuación para indicar que usted leyó, entiende y esta de acuerdo en cumplir con esta política de cancelación. Muchas gracias.

Firma paciente

Fecha