

Pediatric Care Group, P.A.

7848 Lake Underhill Road, Orlando, FL 32822, Tel: (407) 275-2676; Fax: (407) 275-2681

No Show Policy

We have recently made a change to our policies so that we can meet the needs of our patients and their families.

We understand with your busy lifestyles there are times that schedule changes will occur unexpectedly. However, in order to best serve all of our patients and their families, our office requires 24 hour notice of a cancellation or need to reschedule your appointment time. When this is not done, we reserve the right to charge a \$25.00 fee. This charge is not covered by insurance and therefore will be the responsibility of the patient/parent. We will also send you a reminder card regarding this policy and a detailed letter explaining our No Show policy and the consequences for repeated missed appointments.

We will continue our current policy, to attempt to call and confirm all appointments the day before with the main phone number we have on file.

I have read and understand the No Show policy listed above.

Patient Name

Signature of parent/guardian

Witness Signature

Date

Pediatric Care Group, P.A.

7848 Lake Underhill Road, Orlando, FL 32822, Tel: (407) 275-2676; Fax: (407) 275-2681

Poliza de citas perdidas

Hemos hecho recientemente un cambio a nuestras polizas para que podamos satisfacer las necesidades de nuestros pacientes y sus familias.

Entendemos que con sus estilos de vida ocupados, hay tiempos en que los cambios de citas ocurrirán inesperadamente. Sin embargo, para servir mejor a todos nuestros pacientes y sus familias, nuestra oficina requiere 24 horas de anticipo para una cancelación o la necesidad de cambiar su cita para otro día. Cuando esto no se hace, tenemos el derecho de cobrar un cargo de \$25.00. Este cargo no es cubierto por el seguro y por lo tanto será la responsabilidad del paciente/padres.

Nosotros le mandaremos una tarjeta de recordatorio con respecto a esta poliza y una carta detallada que explica nuestra poliza de faltar a las citas. Tambien le mandaremos una carta explicando las consecuencias por citas perdidas repetidas.

Continuaremos nuestra poliza actual, de llamar y confirmar todas citas antes al número de teléfono principal que tenemos en el archivo.

He leído y entiendo la poliza de citas perdidas en lo mencionado.

Nombre del paciente

Firma de los padres/encargado

Testigo

Fecha