



Poliza De Cancelacion

Desert Vein and Vascular Institute se compromete a manejar y mantener sus necesidades de salud. Cuando usted agenda una cita en nuestra clínica, ese tiempo le es reservado exclusivamente a usted para tratar sus consternaciones médicas. Entendemos que hay circunstancias no previstas que se presentan y nos vemos en la necesidad de cancelar su cita. Si usted sabe de ante mano que no podrá asistir a su cita, le pedimos cordialmente nos lo haga saber **con 24 horas de anticipo**. Cuando usted nos provee con ese anticipo nos da la oportunidad de ofrecerle ese horario a otro paciente.

A partir del 1 de Enero de 2014 se le agregara un cobro de cancelación o por no presentarse o de tarda cancelación.

Un cobro de \$25 se agregará por no presentarse o por no dar anticipo de 24 horas, para **citas de rutina o de ultrasonidos**.

Un cobro de \$100 se agregará por no presentarse o por no dar 24 horas de anticipo para **citas de procedimientos**.

Por favor tenga en cuenta que estos cobros **no se le pueden mandar a su aseguradora médica y serán únicamente responsabilidad suya**. Todos estos cobros deberán ser pagados antes de su próxima cita.

Su firma a continuación es constancia de que usted ha leído y está de acuerdo con la póliza mencionada arriba.

Firma _____ Fecha _____