

NO SHOW FEE- AUTORIZACIÓN DE PAGO

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Cargo por No-Show incurrido: \$50.00 Cargo por No-Show incurrido: ____/____/____

Para reducir la confusión y los malentendidos entre nuestros pacientes y la práctica, hemos adoptado ciertas políticas que se incluyen en nuestro nuevo documento de pacientes. Si desea una copia de estas políticas, visite nuestro sitio web en www.texasdiabetes.com. Si tiene alguna pregunta sobre estas políticas, discútalas con nuestro Gerente de oficina.

Política de citas: haremos todo lo posible para programar una cita dentro de un plazo razonable con un profesional calificado. Valoramos a nuestros pacientes y entendemos que su tiempo es valioso. Nuestro objetivo es ser lo más puntual posible y verlo de manera oportuna. A los pacientes que llegan tarde a sus citas *rutinariamente* se les pedirá que reprogramen. **Pedimos que los pacientes nos llamen con 24 horas de anticipación para cancelar su cita.** Esto nos permite dar su tiempo a otro paciente que pueda necesitarlo. Habrá un cargo de \$ 50 por no asistir a las citas y cancelaciones el mismo día. Todos los Pacientes Nuevos que no muestren su consulta inicial deberán pagar una tarifa de \$ 50 por no presentarse para reprogramar la cita.

Estoy de acuerdo en autorizar a Texas Diabetes & Endocrinology, PA a cargar en mi tarjeta de crédito este día, solo una vez, en el monto que se indica a continuación. Si el pago es rechazado, haremos 3 intentos para contactarlo. Si no podemos comunicarnos con usted, su cuenta se transferirá a una agencia de cobranza y usted recibirá una baja formal de nuestra oficina.

Importe a ser cargado: \$50.00

Firma

Fecha

(Firma del personal de oficina solamente)

Envíe por correo electrónico el formulario completado a referrals@texasdiabetes.com