



La política sobre Citas Rota o Sin Notificar

Departamento de salud del condado de Walton y Comunidad salud centro medico de Walton se esfuerza para mantener y mejorar la salud de nuestros pacientes. Para que nosotros ser capaces de servir mejor y más eficiente para nuestros pacientes hemos establecido un política sobre cita rota o sin notificar

Debido al creciente numero de citas rotas, es necesario aplicar sobre cita rota o citas sin notificar eficaz inmediatamente para todas las clínicas medicas y dentales.

Es responsabilidad del paciente (o los padres, en el caso de un niño) para notificar al Condado de Florida Departamento de salud de Walton, clínicas de Comunidad salud centro medico de Walton por lo menos 24 horas antes de su cita programada si son incapaces de hacer su cita. Citas se cancelan por lo menos 3 horas antes de la cita, no sera considerada de no mostrar. Si usted tienes dos o mas citas rota sin notificar la notificacion correspondiente, el paciente no se ofrecera citas previamente reservados hasta por un año. El paciente se ofrecera a entrar y esperar a ser visto como un vestidor. No podemos garantizar que sera una cita disponible como un vestidor, se da prioridad a los clientes con citas programadas.

Todos los clientes están obligados a llegar antes de su cita con el fin de actualizar la informacion.

Llegar a tiempo para hacer una cita es necesario, por lo tanto no llega en el momento exacto de su cita se constituye.

Cada esfuerzo se hara cuando el tiempo lo permite entrar en contacto con pacientes para recordarles de su cita. Es la responsabilidad del paciente para notificar a Condado de Florida Departamento de salud de Walton y Comunidad salud centro medico de Walton, Clínica Dental personal de informacion de contacto actual para este proposito.

Al firmar abajo, usted reconoce que ha leído y entiende la declaracion anterior y que se hará todo lo posible en contacto con el Condado de Florida Departamento de salud Walton ,Comunidad salud centro medico de Walton y personal de la Clínica Dental cuando usted no puede asistir a su cita.

Firma: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____