

Account#: \_\_\_\_\_



**Pediatric Medical Group**  
OF SANTA MARIA, INC.

**Poliza de "Inasistencia" del Pediatric Medical Group**

Pediatric Medical Group de Santa María se dedica a proveer excelente atención al paciente. Citas de inasistencia obstaculizan nuestra capacidad para ofrecer la máxima calidad de atención posible.

A partir del 01 de Mayo, 2014, si un paciente es incapaz de mantener una cita; se les pide que llame a la oficina 24 horas antes de la hora de la cita. Si una cita no mantenida o cancelada, se considerará una "Inasistencia".

- Después de **3** "Inasistencias" a partir del 01 de Mayo del 2014 en la cuenta del encargado, el encargado tiene dos opciones:
  1. Pagar una cuota de \$20 por cita faltada. Cada cita faltada después se cobrará un adicional de \$20 por cada cita faltada.
  2. O el encargado y todos los pacientes en la cuenta serán despedidos de Pediatric Medical Group y necesitarían encontrar a otro pediatra. Si el encargado de la cuenta decide ser despedidos no habrá ningún cobro.
- Si el encargado decide dejar nuestra práctica y la a seguridad del paciente ha asignado al paciente a nuestra oficina, la compañía de seguros será contactada para reasignar el paciente a otro médico de atención primaria.

Como cortesía, nuestra oficina intentará ponerse en contacto con el paciente o el padre el día previo de su cita. Sin embargo, si no podemos comunicarnos con usted, sigue siendo la obligación del paciente/padre mantener o cancelar la cita.

La intención de esta póliza es de evitar demoras en la atención y utilizar el tiempo del médico más eficientemente reduciendo los espacios de citas inusadas, y haciendo esos tiempos disponibles a otros pacientes.

Apreciamos que respete y se adhiera a la póliza de "Inasistencia" de nuestra práctica.

He leído y entiendo la poliza de "Inasistencia" de los grupos médicos pediátricos. También entiendo que si no estoy de acuerdo con esta poliza, puedo pedirle a la a seguridad de mi hijo/hija que lo asigne a otro medico de atención primaria, si es apicable.

\_\_\_\_\_  
Firma de Encargado de la Cuenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de Encargado de la Cuenta