



## Reconocimiento del Paciente de las Practicas de Privacidad

Yo, \_\_\_\_\_, reconozco que he recibido una copia de esta oficina aviso de practicas de privacidad o el aviso de practicas de privacidad de esta oficina se puso a mi disposición.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Imprimir el nombre del tutor legal (si la paciente es menor de edad)

\_\_\_\_\_  
Firma del tutor legal

## Poliza de cancelacion

**Monfredi Family Dental requiere almenos 24 horas de notificacion para cancelar o re-agendar una cita.** Si tu cita es en Lunes esperamos notificacion el Viernes de la semana anterior.

Entendemos que eventos imprevistos pasan. Cancelaciones sin aviso o no presentarse a su cita y ya esta confirmada es disruptivo ala agenda e horario de los proveedores asi como para otros pacientes que atendemos.

Como resultado, si usted a confirmado su cita y no se presenta o cancela entre las 24 horas. Se aplicara el programa de (multas):

Primera vez = \$25 multa

Segunda vez = \$25 multa

Tercera vez = \$50 multa & podemos despedirlo de la oficina

\_\_\_\_\_  
Acepto la poliza de cancelacion anterior (firma)

\_\_\_\_\_  
Fecha