



CENTER FOR
COMPREHENSIVE BREAST CARE

LISA R. ALLEN, M.D.

ROSE E. MUSTAFA, M.D.

Capital Health

Center for Comprehensive Breast Care

Two Capital Way, Suite 505

Pennington, NJ 08534

Política sobre citas perdidas

Nuestro objetivo consiste en proporcionar atención médica individualizada de calidad de una manera oportuna. Las ausencias (*No-show*) y las cancelaciones tardías son un inconveniente para aquellas personas que necesitan atención médica de manera oportuna. Nos gustaría recordarle la política de nuestro consultorio con respecto a las citas perdidas. Esta política nos permite utilizar mejor las citas disponibles para nuestros pacientes que requieren atención médica.

Cancelación de una cita

Para ser respetuoso con las necesidades médicas de otros pacientes, sea cortés y llame a nuestro consultorio rápidamente si no puede presentarse para una cita. Este tiempo se reasignará a alguien que necesite tratamiento. Si es necesario que cancele su cita programada, le pedimos que llame al menos con **24 horas** de anticipación. Las citas tienen una gran demanda y cancelarlas de forma anticipada le brindará a otra persona la posibilidad de acceder a la atención médica de forma oportuna.

Cómo cancelar y/o reprogramar su cita

Para cancelar o reprogramar una cita, llame al consultorio en cuestión y pida hablar con el recepcionista. En caso de ser necesario, puede dejar un correo de voz y le devolveremos la llamada lo antes posible.

Cancelaciones tardías: Se considera cancelación tardía cuando un paciente no cancela su cita programada con **24 horas** de anticipación.

Política sobre ausencias (*No-Show*): Se considera "ausente" a la persona que pierde una cita sin haberla cancelado de la forma adecuada. No presentarse a tiempo a una cita programada se registrará en su historial de citas como una "ausencia".

Cargos por citas perdidas

- Al paciente que no asista a su cita se le reprogramará la cita una vez si lo solicita: **Sin cargos**
- A partir de la segunda y subsecuente cita perdida: **Se le cargará una tarifa de \$25 a su cuenta**
- Tercera cita perdida: **Posible retiro de nuestro consultorio**

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____