



Formulario de Contacto

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del Paciente: _____

Dada la cantidad de tiempo y preparacion para coordinar dos oficinas separadas. Es muy importante que ambas oficinas se comuniquen con usted antes de la cita. Proporcione **DOS** numeros de telefono aparte de su numero de contacto principal. Si alguno de los numeros a continuacion cambia antes de la cita programada, asegurese de ponerse en contacto con la oficina para actualizarlos de inmediato.

Contacto Principal: _____ Numero de telefono: _____

Segundo Contacto: _____ Numero de telefono: _____

Tercer Contacto: _____ Numero de telefono: _____

**** Si, debe proporcionar TRES contactos****

Si ninguna de las dos oficinas puede contactarlo cuatro dias antes de la cita programada, su cita se cancelara **SIN EXCEPCIONES**. Es nuestra maxima prioridad contactar y preparar adecuadamente a los pacientes y padres para la cita. Tenga en cuenta que si su caso es de pago por servicio, su deposito **NO** sera reembolsado por falta de comunicacion.

Su firma a continuacion indica su comprension y aceptacion de esta politica.

Por favor imprima el nombre: _____

Firma: _____ Fecha de firma: _____