



DYNATEST, INC.

Attendance Policy

Dynatest Inc se esfuerza por proporcionar a cada paciente la más alta calidad de atención mientras intenta acomodar el horario conforme a su comodidad. Por lo tanto, proporcionamos horarios reservados para cada paciente con el fin de minimizar su espera y asegurar la continuación de su tratamiento. Su asistencia constante al régimen de tratamiento planificado es primordial para su recuperación completa.

Si bien somos conscientes del hecho de que puede ocurrir una emergencia en casos excepcionales, las cancelaciones de último minuto y las "ausencias" de los pacientes disminuyen nuestra capacidad para acomodar las necesidades de programación de otros pacientes.

Le pedimos su plena cooperación y que lea atentamente lo siguiente.

- Si llega con más de 15 minutos de retraso a su cita programada y no nos notifica, la cita puede estar sujeta a cancelación y un cargo de tarifa de \$30. **(Permitiremos una llamada de cortesía después de la primera ausencia. Después de ese punto, se cargarán \$30 a su cuenta.)**
- La cita programada debe ser cancelada y reprogramada al menos 30 minutos antes de la cita programada o el paciente puede estar sujeto a un cargo de tarifa de \$30.
- No presentarse a una cita ("no show") sin notificarnos puede resultar en una tarifa de \$30 que se cobra al paciente.
- Todas las cancelaciones y "no shows" serán documentadas en su expediente médico y debidamente reportadas a su médico y pagador de seguros/terceros.
- **EL PACIENTE ES RESPONSABLE DE TODAS LAS TARIFAS DE CANCELACIÓN Y "NO SHOW" NO EL SEGURO /PAGADOR TERCEROS.**

Creemos que esta póliza es necesaria para el beneficio de todos nuestros pacientes, para que podamos seguir proporcionando tratamiento y servicio de alta calidad a todos.

Todo el personal de Dynatest, Inc agradece su lealtad y cooperación con esta póliza. Le deseamos la mejor de las suertes con su tratamiento y recuperación. Estamos aquí para ayudarle a alcanzar todos sus objetivos y optimizar su regreso a todas sus actividades previas a la lesión/cirugía.

Nombre Del Paciente: _____ **(por favor imprimir)**

Firma del Paciente/Persona Responsable: _____

Fecha: ____ / ____ / ____
