

## **Acuerdo de Aviso de Cancelación**

Por favor, tenga en cuenta que nuestra oficina requiere que usted notifique con por lo menos 24-horas antes la cancelación o reprogramación de las citas de rutina.

Si usted no llama con previo aviso, se le cobrará una tarifa de \$ 50.00 si usted no asiste a su cita.

Firmando a continuación, Acepto que soy financieramente responsable de cualquier cargo incurrido por citas no asistidas que no se cancelaron dentro del tiempo requerido. Cualquier emergencia con verificación recibirá un ajuste de cortesía por una única vez.

\_\_\_\_\_  
Nombre paciente (impreso)

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Nombre paciente (Firma)

\_\_\_\_\_  
Fecha