

## Aceptación de la política de no presentación

Sus proveedores de atención médica desean asegurarse de que usted y los demás residentes del área tengan acceso a atención dental de alta calidad cuando la necesiten. Para garantizar el máximo acceso a la atención para todos nuestros pacientes, tenga en cuenta y siga la Política de citas/no presentación.

### *Cumplir con las citas programadas y llegar con anticipación*

Haremos todo lo posible para recordarle su próxima cita con el dentista por teléfono, correo postal o electrónico. Pero es su responsabilidad recordar la fecha y hora de su cita.

Debe llegar 20-30 minutos *antes de* la hora programada. Si no puede asistir o cree que va a llegar tarde a su cita programada, le rogamos que nos lo comunique *lo antes posible*. Notificarlo después de las 15:00 horas del día laborable anterior a la cita se considera demasiado tarde y será clasificado como una no presentación. Si llega con más de 5 minutos de retraso, es posible que se le solicite reprogramar la cita. Si tiene dificultades para encontrar transporte, háganoslo saber. Es posible que podamos ponerle en contacto con recursos que puedan ayudarle.

### *¿Qué se considera una "no presentación"?*

- Una persona se considera como no presentada si no asiste a su cita el día de la misma o no notifica a la oficina antes de las 15:00 horas del día laborable anterior a la cita.

### *¿Qué ocurre si no asisto a mi cita?*

Quando usted no asiste a su cita, le quita la oportunidad a otra persona que podría haberla utilizado. **Debido a que muchas personas en nuestra comunidad no tienen acceso a servicios médicos y dentales de calidad, las "no presentaciones" se toman muy en serio.**

#### Nuevos pacientes:

Si no asiste a su primera cita con el dentista, no se le permitirá programar otra cita durante un año.

#### Pacientes establecidos:

Si usted no asiste a 2 citas en un período de 12 meses, no se le permitirá programar otra cita durante un año. A los pacientes menores de 18 años se les puede conceder una excepción a la política de no presentación a discreción de un proveedor dental.

*Entiendo y acepto cumplir esta política de no presentación.*

---

Firma del paciente o de sus padres/tutores

---

Fecha