

**Pólizas de la oficina**

Nosotros reconocemos que su tiempo es valioso, por lo tanto hacemos un esfuerzo para comenzar las citas puntualmente, favor de llegar a tiempo a su cita. Favor de entender que la naturaleza de la consulta pediátrica, implica situaciones de emergencia que pueden alterar nuestras citas, le pedimos que se extienda una cortesía a estas familias, al igual como, si se tratara de su hijo/a de forma urgente**. SI USTED NO PUEDE ASISTIR A UNA CITA, PORFAVOR NOTIFIQUE A NUESTRA OFICINA CON 24 HORAS DE AVISO, DE MODO QUE PODAMOS OFRECER ESE TIEMP A OTRO PACIENTE EN NECESIDAD DE TRATAMIENTO. FALTA DE NOTIFICARNOS RESULTA UN COBRO MINIMO DE $50 POR VISITA O HORA.**

**Asegurando la privacidad**

En nuestra experiencia, los niños se concentran mucho mejor sin la presencia de los padres, fomentando así una experiencia más positiva para su hijo/a, sin embargo, nosotros le damos la bienvenida a uno de los padres con el menor al cuarto de tratamiento. Si usted decide acompañar a su menor en el cuarto de tratamiento le pedimos por favor que respete la privacidad de los otros pacientes, solo permitimos a uno de los padres que acompañe al menor. Si va a estar con su hijo, favor de hacer los arreglos para el cuidado de sus otros hijos. Le pedimos que silencien su teléfono celular y otros aparatos móviles como una cortesía a nuestros médicos, y otros pacientes. Cualquier interrupción podría afectar la atención del paciente.

**Provisiones Financieras y Seguranzas**

Para reducir el costo de facturación y el mantenimiento de tarifas razonables, se le requieren que usted page por su tratamiento el día de su cita. Por favor entienda que bajo la ley de Colorado el padre que acompañe al menor es responsable por las visitas y pago del tratamiento. Para su comodidad aceptamos pagos, por medio de Visa, MasterCard, o CareCredit. **NO SE ACEPTAN CHEQUES le pedimos evitar billetes de $100** por la razón que nuestra oficina no carga suficiente efectivo para este tipo de transacciones.

**Letra Molde Del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma (Del Paciente o Pariente Responsable):**

**Fecha de Hoy:**