

Patient Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

## APPOINTMENT CANCELLATION AND NO-SHOW POLICY ACKNOWLEDGEMENT

We schedule our appointments so that each patient receives the right amount of time to be seen by our physicians and staff. That's why it is very important that you keep your scheduled appointment with us, and arrive on time.

As a courtesy, and to help patients remember their scheduled appointments, we send reminders via phone call or text message 2 days in advance of the appointment time.

If your schedule changes and you cannot keep your appointment, please contact us so we may reschedule you, and accommodate those patients who are waiting for an appointment. As a courtesy to our office as well as to those patients who are waiting to schedule with the physician, please give us at least a 24 hour notice.

If you do not cancel or reschedule your appointment with at least a 24 hour notice, we may assess a **\$35.00** "no-show" service charge to your account. This "no-show charge" is not reimbursable by your insurance company. You will be billed directly for it.

After three consecutive no-shows to your appointment, our practice may decide to terminate its relationship with you.

---

I understand the "no-show" policy of **all participating Covenant Medical Group Practices** and agree that my account may be charged **\$35.00** for any no-show of a scheduled appointment. I understand that I must cancel or reschedule any appointment at least 24 hours in advance in order to avoid a potential no-show charge.

---

Patient/Guardian Signature

---

Date

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

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

## **ACUSO DE RECIBO DE LA POLÍTICA DE CANCELACIÓN E INASISTENCIA DE CITAS**

Programamos nuestras citas para que cada paciente reciba la cantidad de tiempo adecuada para ser atendido por nuestros médicos y nuestro personal. Por eso es muy importante que cumpla con su cita programada con nosotros y llegue a tiempo.

Como cortesía, y para ayudar a los pacientes a recordar sus citas programadas, enviamos recordatorios por teléfono o mensaje de texto 2 días antes de la hora de la cita.

Si su horario cambia y no puede asistir a su cita, comuníquese con nosotros para que podamos reprogramarla y acomodar a los pacientes que están esperando una cita. Como cortesía con nuestra oficina, así como con aquellos pacientes que están esperando una cita con el médico, por favor avísenos con al menos 24 horas de anticipación.

Si no cancela o reprograma su cita con al menos un aviso de 24 horas, podemos aplicar un cobro por servicio de **\$35.00** a su cuenta por "inasistencia". Este "cobro por inasistencia" no es reembolsable por su compañía de seguros. Se le facturará a directamente a usted.

Después de tres ausencias consecutivas a su cita, nuestra oficina puede decidir terminar la relación con usted.

---

Entiendo la política de "no presentación" de todas las prácticas de Covenant Medical Group y y acepto que se le puede cobrar **\$35.00** por cualquier inasistencia a una cita programada. Entiendo que debo cancelar o reprogramar cualquier cita con al menos 24 horas de anticipación para evitar un posible cargo por no presentarse.

---

Firma del Paciente/Tutor

---

Fecha