



Jorge A. Bastidas, DMD

599 Broadway #1A
Paterson, NJ, 07514

P: (973)742-2610

F: (973)321-3150

Póliza De Cancelación Dental

Nosotros respetamos su tiempo, nuestro equipo hará todo lo posible para programar citas que se adapten a las necesidades de todos nuestros pacientes. A cambio, les pedimos a nuestros pacientes que hagan todo lo posible por cumplir con sus citas dentales reservadas.

Entendemos que ocasionalmente puede surgir una circunstancia o emergencia que puede causar una cita interrumpida o perdida, lo cual estas cancelaciones crean dificultades en el horario de otros pacientes, así como para nuestro consultorio dental.

En resultado, muchas oficinas cobran un pago por citas perdidas. Sin embargo, nosotros hemos decidido educar a nuestros pacientes en la importancia de mantener y asistir a su cita(s) reservada. Pedimos por su colaboración de antemano.

Con eso dicho, si el paciente falta a su cita sin dejarle saber a nuestra oficina 72 horas antes su cita, una nota será programada en su expediente de paciente seguido por una carta enviada a la casa del paciente para recordarle de nuestro acuerdo a nuestra póliza de cancelación dental.

Si usted falta a más de una cita sin apropiadamente notificar nuestra oficina, puede resultar en el despido de nuestra oficina. En esa circunstancia, el dentista estará disponible para usted en caso de emergencia dentro los 30 días a lo que el paciente busca otra oficina dental. Después de recibir su autorización por escrito para divulgar esa información. Las copias de sus expedientes clínicos serán enviadas a la oficina dental que el paciente elija.

Sin embargo, en nuestra oficina valoramos mucho a nuestros pacientes y preferimos que nuestra oficina al igual que el paciente respeten el tiempo de ambos y hacer todo lo posible para completar el tratamiento necesario en la fecha y hora reservadas. Por lo tanto, pedimos que todos los pacientes mantengan sus citas según lo programado.

Le agradecemos de antemano su cooperación.

Por favor firmar en la línea de abajo afirmando que leyó y comprendido la póliza de cancelación anterior y acepta cooperar y adherirse a la póliza.

Nombre de paciente: _____

Firma de paciente: _____

Fecha de hoy: _____