



UrologyAustin

An affiliate of Urology America  
What World-Class Urology Looks Like

# Póliza de No Presentarse y Cancelación de Ultimo Aviso

Gracias por confiar en Urology Austin para su cuidado urológico. Cuando usted hace una cita en Urology Austin, reservamos suficiente tiempo para proveerle el cuidado de la más alta calidad. Si necesita cancelar o modificar su cita, por favor llame a la oficina lo más pronto posible y no con menos de **24 horas** antes de su cita. Notificar los más pronto posible a la oficina nos permite que podamos atender más rápidamente a otros pacientes con condiciones urgentes.

“No Presentarse” significa no asistir a su cita o llegar más de **15 minutos** tarde a su cita.

“Cancelación de Ultimo Aviso” significa cancelar su cita con menos de **24 horas** antes de su cita o mínimo un (1) día laboral si la oficina está cerrada en día anterior.

## Todas las citas deben cancelarse o reprogramarse con no menos de 24 a 48 horas antes de la cita, dependiendo en el tipo de cita programada.

- No presentarse o cancelar a último momento a una cita programada en la oficina estará sujeto a una tarifa de **\$25.00**
- Citas de procedimientos, exámenes programados o terapia física en una oficina de Urology Austin que se cancelen o reprogramen con menos de **24 horas** estarán sujetas a una tarifa de **\$50.00**
- Toda cirugía o procedimiento programada fuera de las facilidades de Urology Austin que se cancele o re programe con menos de **48 horas** estará sujeto a una tarifa de **\$500.00**
- Si ocurren tres (3) eventos documentados de “no presentarse” o “cancelación de último aviso”, el paciente pudiera ser despedido del consultorio.

Entendemos que ocurrirán circunstancias especiales e inevitables que impidan cancelar o reprogramar su cita dentro de 24 horas. En estas circunstancias, las tarifas pudieran no aplicarse bajo aprobación de la administración.

Creemos firmemente que una buena relación entre médico y paciente está basada en la comprensión mutua y una buena comunicación.

Al firmar este documento, usted reconoce que ha leído, entendido y está de acuerdo con esta póliza de No Presentarse y Cancelación de Ultimo Aviso.

Nombre del Paciente y Firma:

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma