Child Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOB:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Child Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOB:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Child Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOB:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Child Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOB:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Appointment Policy**

It is our policy to confirm appointments in advance to ensure that optimal dental care is provided to you and your family at a time and day that is convenient to you. Therefore, we do require you to confirm your appointment. Should your appointment not be confirmed, there may be additional wait times to be seen. Also, we need to know as soon as possible if you will be unable to keep your appointment so that we may offer that time to someone who has an immediate need.

Since this time is reserved exclusively for you, please understand that failure to keep your appointment or no-show your appointment, your child has the potential to be scheduled only on a same day basis. If you are late for an appointment and there is not enough time remaining in the schedule to complete your planned treatment before our next patient is due, there may be additional wait times, or we may need to reschedule your appointment. We certainly understand that emergencies do occur, and we do not wish to penalize patients for unavoidable situations. However, we do want to discourage repeated abuse of our scheduling process, which is ultimately unfair to those patients who are diligent about keeping their appointments.

Our office does not wish to dismiss any of the children in our practice due to missed appointments, considering that their attendance is reliant on the parent. Please understand that their treatment is important, and compliance is necessary. We also do not want to charge patients for missed appointments, however if we find that excessive no-show or missed appointments become an issue a fee of 75.00 will be charged. This charge is not covered by any PPO or Medicaid Insurance, and will be the responsibility of the patient’s responsible party on their account.

If you have any questions at all about this policy, please do not hesitate to ask. We appreciate your business and your understanding of the need for this policy.

I have read the above information regarding the Appointment Cancellation Policy and agree to its terms. I also understand that my Insurance and/or Medicaid will not cover the missed appointment fee, and I agree to pay for the charge of 75.00.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature Date

Nombre del niño:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento::\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del niño:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento::\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del niño:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento::\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del niño:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento::\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Política de Nombramientos**

Es nuestra política confirmar las citas con anticipación para garantizar que se le brinde una atención dental óptima a usted y a su familia en un momento y día que sea conveniente para usted. Por lo tanto, le exigimos que confirme su cita. Si su cita no se confirma, puede haber tiempos de espera adicionales para ser visto. Además, necesitamos saber tan pronto como sea posible si usted no puede mantener su cita para que podamos ofrecer ese tiempo a alguien que tiene una necesidad inmediata.

Dado que este tiempo está reservado exclusivamente para usted, por favor entienda que no cumplir con su cita o no presentar su cita, su hijo tiene el potencial de ser programado solo en el mismo día. Si llega tarde a una cita y no queda suficiente tiempo en el horario para completar su tratamiento planeado antes de que nuestro próximo paciente sea debido, puede haber tiempos de espera adicionales, o es posible que necesitemos reprogramar su cita. Ciertamente entendemos que las emergencias ocurren, y no queremos penalizar a los pacientes por situaciones inevitables. Sin embargo, queremos desalentar el abuso repetido de nuestro proceso de programación, que en última instancia es injusto para aquellos pacientes que son diligentes en mantener sus citas.

Nuestra oficina no desea despedir a ninguno de los niños en nuestra práctica debido a citas perdidas, teniendo en cuenta que su asistencia depende del padre. Por favor, entienda que su tratamiento es importante, y el cumplimiento es necesario. Tampoco queremos cobrar a los pacientes por citas perdidas, sin embargo, si encontramos que el no-show excesivo o las citas perdidas se convierten en un problema se cobrará una tarifa de 75.00. Este cargo no está cubierto por ningún seguro ppo o medicaid, y será responsabilidad de la parte responsable del paciente en su cuenta.

Si tiene alguna pregunta sobre esta política, no dude en preguntar. Agradecemos su negocio y su comprensión de la necesidad de esta política.

He leído la información anterior con respecto a la Política de cancelación de citas y acepto sus términos. También entiendo que mi seguro y / o Medicaid no cubrirá la tarifa de cita perdida, y estoy de acuerdo en pagar por el cargo de 75.00.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Fecha