Chastain
DENTAL STUDIO

# Retiro De La Cita Dental Programada

Nombre: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Soy consciente de que la oficina tratará de comunicarse conmigo por mensaje de texto y teléfono para confirmar mi cita programada y que es mi responsabilidad llamar o enviar un mensaje de texto para confirmar la cita que debo dar un aviso de 24 horas para evitar una cancelación o tarifa de no presentación por un monto de **$ 50.00 por hora**. También soy consciente de que después del tercer intento de contactarme y **de menos de 24 horas**, seré eliminada la cita programada. **Yo soy consciente que si la oficina puede llenar ese espacio de tiempo programado, no tendré que pagar la tarifa**.

**ENTIENDO QUE SI MI CITA ESTÁ PROGRAMADA PARA UN LUNES Y NO PUEDO CANCELAR LA CITA ANTES DEL JUEVES SERÁ RESPONSABLE DE UNA TARIFA DE CITA INTERRUMPIDA.**

También soy consciente de que después del tercer intento de contactarme y en menos de 24 horas, seré eliminado de su horario. Me informaron que, si pueden llenar ese espacio de tiempo programado, estaré libre de la tarifa evaluada.

Firma: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____