



ACKNOWLEDGEMENT OF LATE/NO-SHOW POLICY

Family Circle of Care (FCC) and its staff are committed to providing quality health treatment to you, our valued patient. Therefore, in an effort to keep that commitment, FCC expects 24 hours' notice prior to rescheduling or canceling of an appointment. This will allow us to offer that appointment to another patient. Patients who accumulate 3 No-Shows within a rolling 12-month time period will not be allowed to schedule appointments at FCC and will only be allowed to walk-in. Additionally, patients who arrive for their appointment after 15 minutes will be considered late. Arriving late may result in your appointment being delayed or rescheduled. While we empathize with each individual's situation, please understand our need to standardize our policies.

Thank you for your understanding and cooperation as we strive to best serve the needs of all of our patients.

By signing below, you acknowledge that you have received this notice and understand this policy.

Patient Signature

Date



RECONOCIMIENTO DE LA POLÍTICA DE INASISTENCIA(FALTAS)

El Family Circle of Care (FCC) y su equipo se comprometen a proveerle a usted, nuestro estimado paciente, el tratamiento médico y el cuidado de la salud de la más alta calidad. Por eso, y haciendo un esfuerzo de cumplir con este compromiso, el FCC espera recibir de usted un aviso previo de un mínimo de 24 horas antes de cancelar una cita o de reprogramarla. Esto nos permite ofrecer la cita a otro paciente. Si un paciente acumula tres inasistencias (faltas) dentro de un período de 12 meses sin el debido aviso previo, se le revocará el derecho de programar citas con el FCC, y solo será atendido como paciente sin turno previo (“walk-in”). Además, los pacientes que lleguen a su cita después de 15 minutos se consideraran tarde. Llegar tarde puede resultar en que su cita se retrase o se re programe. Aunque nos simpatizamos con la situación de cada individuo, pedimos que usted comprenda nuestra necesidad de establecer políticas estandarizadas.

Gracias por su cooperación y comprensión mientras tratamos de atender, de la mejor manera posible, las necesidades de todos nuestros pacientes.

Por firmar abajo, usted reconoce que ha recibido este aviso, y además que usted comprende esta política.

Firma de Paciente

Fecha