

ABC Pediatric Therapy Services

2655 Dallas Highway Suite 320

Marietta, Georgia 30064

Políza de Cancelación y Asistencia (Actualizado el 1^{de} mayo de 2019)

Debido al número reciente de no-shows y cancelaciones de última hora, hemos tenido que hacer cambios a nuestra política de cancelación. Las citas perdidas (no-shows) y las citas canceladas dentro de menos de 24 horas del tiempo programado del paciente afectan nuestra capacidad para proporcionar servicios de terapia eficaces a usted, y limitar la disponibilidad de citas para otros clientes. Los servicios de terapia del habla tienen una gran demanda en nuestra área, y muchas prácticas no están aceptando nuevos pacientes, son más limitadas con su aceptación de planes de seguro específicos/Medicaid, y varias no aceptan seguro privado o Medicaid en absoluto (estrictamente de su bolsillo).

Los horarios de Betsy y Tina están llenos, y Mya se está llenando rápidamente. No-shows y cancelaciones tardías nos dejan sin tiempo para programar a otro paciente para esa cita. Si no puede comprometerse a llevar a su hijo a la hora de la cita programada regularmente, por favor espere para comenzar la terapia del habla hasta que pueda para que otros niños que están esperando servicios puedan tener esa oportunidad.

Cancelación: Requerimos un aviso anticipado de no menos de 24 horas. Si necesita cancelar, póngase **en contacto con su terapeuta.**

Betsy Eager-Kessel: (404) 556-5554

Mya McGee: (256) 239-9804

Tina Ellsworth: (678) 852-7958

Bianca Moragne: (972) 768-6459

2 no-shows resultará en la pérdida de la hora regular de la cita de su hijo. Esa hora de la cita permanente se ofrecerá a otro paciente. **3 no-shows resultará en el despido de su hijo de esta práctica.** **3 cancelaciones pueden resultar en la pérdida de la hora de cita permanente de su hijo.** Si la asistencia cae por debajo del 80% durante un período de tiempo de 3 meses, su hijo perderá su tiempo de cita permanente. **No hay llamada/no-show o cancelación con menos de 24 horas de aviso de \$40.00.** Tenemos gastos generales y un personal que pagar y no podemos permitirnos el lujo de absorber la pérdida de ingresos como resultado de citas sin cubrir.

Al firmar este formulario, acepto cooperar con la políza de cancelación, asistencia y programación de ABC Pediatric Therapy Services y tratantes a los terapeutas.

Firma del Padre o Guardián

Fecha de Adulto Autorizado