



Procedimiento para los pacientes que no se presentan (No Show)

La misión de Riggs CHC: “Mejorar el acceso a la calidad, el costo, la atención integral de la salud efectiva con respeto y compasión a los miembros de la comunidad desatendidos.”

Su cuidado de salud es nuestra preocupación y enfoque número uno. Para que podamos proporcionar la mejor atención posible, es importante que se mantengan todas las citas programadas y necesarias.

Para asegurar que todos los pacientes tengan acceso a las citas, debemos trabajar juntos para reducir el número de pacientes que no mantienen sus citas. Si usted no puede asistir a su cita le pedimos que llame y cancele 3 horas antes de la cita.

Será marcado como un NO SHOW si:

- No se presenta a su cita.
- No llama por lo menos 3 horas antes de su cita programada.

No se le dará una cita futura, y su atención puede ser terminada si:

- Usted **NO SE PRESENTA** a dos (2) citas en un period de seis meses.

Si usted llega tarde a su cita, nuestro personal hará lo posible para acomodarle cita en el horario del mismo día. Sin embargo, no podemos garantizarle a los pacientes que lleguen tarde sean atendidos el mismo día.

En caso de que tenga que cancelar una cita, por favor llame al Centro al **(765) 742-1567** para dejar un mensaje de cancelación de su cita. Si usted vive fuera del área metropolitana de Lafayette, le invitamos a llamar a nuestro número gratis al **(800) 649-0390**. El sistema de teléfono anota la fecha y hora de la llamada.

El procedimiento anterior se aplica a todas las áreas de la Clínica Comunitaria Riggs. Su salud es nuestra preocupación y enfoque número uno. Gracias por ayudarnos a trabajar para cumplir con la misión de la Clínica Comunitaria Riggs.

Al firmar abajo, yo he leído y entendido la importancia de mantener mis citas programadas y la necesidad de llamar para cancelarla antes de la cita si no puedo asistir. También, he entendido las acciones que la Clínica puede tomar si no me presento a mis citas.

Nombre del Paciente (letra de molde)

Fecha de Nacimiento

Firma de paciente, padre, tutor o representante personal

Fecha