



MRN: _____

BIENVENIDOS a Nuestra Práctica

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Gracias por elegir la clínica de Rocky Mountain Health Centers Pediatrics como su casa medica. Nuestro objetivo es proporcionar el mejor cuidado para su hijo asociando a su familia con un equipo de salud específico de manera que sea lo más fácil posible para que usted reciba la atención médica. Por favor, trate de conocer a su equipo de salud y pedir su nombre. Su participación en este proceso se indica a continuación, es esencial para nosotros poder lograr este objetivo. Por favor tómese un momento para leer y familiarizarse con las políticas de nuestra practica.

PROGRAMACIÓN: Para hacer una cita el mismo día, por favor llame a las 8:00 AM opciones de preprogramación están disponibles. Le recomendamos que aparte su cita con un mes o dos de anticipación para asegurar disponibilidad.

CANCELACIÓN: Para cancelar una cita, es necesario que llame 24 horas con anticipación para una cita preestablecida, y por lo menos 2 horas con anticipación para una cita de el mismo día. Citas no canceladas con la notificación correspondiente se considerará como "si no se presento".

HORA DE LLEGADA: Planee llegar por lo menos 20 minutos antes de su primera cita y 10 minutos antes de todas las citas siguientes. Si llega tarde (10 minutos o más tarde) será visto si es posible, se le puede ofrecer una cita mas tarde si ahí disponible o puede que requiera volver a hacer su cita. Si llega tarde a una cita cambiada se le considerará como "si no se presento".

SI NO SE PRESENTA: Después de 2 citas perdidas usted recibira una carta diceiendo que no podra hacer doble citas de fisicos o citas los Sabados. Si sigue faltando a sus citas sera despedidos da la practica.

NIVEL DE CONDUCTA: Nos esforzamos por proporcionar un ambiente seguro para nuestros niños, familias y personal. Cuando Este en la clínica, es importante que todos hablen con un lenguaje apropiado y de una manera que sea respetuosa ante los ojos y los oídos de todos los niños, las familias y el personal de la clínica. Si usted tiene alguna pregunta o inquietud, por favor pida hablar con el gerente de la clínica.

Con el fin de brindarle un mejor servicio, tenemos que tener un número de teléfono actual, así como un número adicional. El número adicional se utilizará para hacer frente a la salud de su niño, en el caso de que no se pueda contactar en él su número actual. Su información personal es confidencial y nunca se proporciona a un tercero sin su consentimiento.

Número de teléfono actual: _____

Número adicional: _____

Nombre: _____

Relación al Paciente: _____

Firma: _____

Fecha De Recepción: _____

