

Nombre del consumidor: \_\_\_\_\_

N.º de ID: \_\_\_\_\_



#### **EXPECTATIVAS DE ASISTENCIA de los NIÑOS**

Para aprovechar al máximo los servicios, es muy importante asistir a todas las citas programadas. Faltar a una cita o llegar tarde altera los cronogramas, lo que impacta en usted y en los demás. Al firmar este formulario, usted acepta que comprende la política de asistencias y las consecuencias de no cumplir con sus citas como se describe a continuación.

1. Comprendo que cualquier cita a la que falte por cualquier motivo sin notificar al centro se considerará como "inasistencia". Comprendo que, si llamo al menos 24 horas antes de la sesión para indicar que no puedo asistir, se considerará como "cancelación".
2. Las sesiones canceladas menos de 24 horas antes de la cita se considerarán una inasistencia; sin embargo, se tendrán en cuenta las emergencias.
3. Comprendo que, si tengo tres inasistencias a citas programadas en un período de 6 meses, se me pedirá que utilice la Clínica sin cita previa (cuando corresponda) o que llame para una cita el mismo día, cuando esté disponible. Si debo cancelar una cita debido a una enfermedad o una emergencia, me comunicaré con el consultorio a la mayor brevedad posible. Se tendrán en cuenta las emergencias familiares.
4. Comprendo que, si tengo cuatro inasistencias a citas programadas en un período de 6 meses, se me dará el alta de los servicios.
5. Comprendo que, si llego 10 minutos tarde (o 5 minutos tarde si es una sesión de media hora), es posible que no reciba el servicio ese día.
6. Acepto notificar al proveedor con la suficiente anticipación que es posible que no puedan programarse las sesiones.
7. Mientras mi hijo esté en la cita, no podré irme durante su sesión a menos que se acuerde anteriormente con el proveedor.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha