



# The Art of Smiles

ODONTOLOGÍA GENERAL Y COSMÉTICA

---

## POLÍTICA DE CITAS

En nuestra oficina valoramos el tiempo de cada paciente y de nuestro equipo clínico. Por esta razón, hemos establecido la siguiente política de citas con el propósito de evitar inconvenientes y asegurar una atención eficiente para todos nuestros pacientes.

### I. Cancelaciones y Reprogramación de Citas

Se solicita a todos los pacientes cancelar o reprogramar su cita con un mínimo de veinticuatro (24) horas de antelación.

En caso de no cancelar o reprogramar dentro del tiempo requerido, se aplicará un cargo de \$40.00 por cada media hora de cita reservada.

Hasta el presente no se había penalizado a ningún paciente por incumplir con esta política. Sin embargo, debido al alto índice de ausencias y cancelaciones de último momento, nos vemos en la necesidad de implementar esta medida para mantener la disponibilidad de citas para todos nuestros pacientes.

Todo paciente que no cumpla con esta política será responsable de pagar la penalidad correspondiente de \$40.00 por cada media hora de tiempo reservado.

### II. Evaluación para Diseño de Sonrisa

Las evaluaciones para Diseño de Sonrisa requieren un depósito de \$75.00 para reservar el espacio de la cita.

Este depósito:

- No es transferible
- No es reembolsable

El depósito se perderá en caso de que el paciente:

- No asista a su cita, o
- No se comunique con la oficina con al menos 24 horas de anticipación para cancelar o reprogramar.

Si el paciente asiste a su cita según lo programado, el depósito de \$75.00 será aplicado al costo de la evaluación o al tratamiento correspondiente.

Las citas se consideran confirmadas únicamente luego de realizar el depósito requerido cuando aplique.



# The Art of Smiles

ODONTOLOGÍA GENERAL Y COSMÉTICA

---

### III. Aceptación de la Política

Al solicitar una cita a través de nuestra página web, el paciente deberá aceptar esta política antes de completar su solicitud. En ese momento se le ofrecerá la opción de abrir y leer el documento completo de la política de citas.

Al marcar la opción de aceptación y enviar la solicitud de cita, el paciente confirma que ha leído, entendido y aceptado cumplir con esta política.

### IV. Certificación del Paciente

Por la presente certifico que he leído, comprendido y acepto la Política de Citas de The Art of Smiles. Me comprometo a cumplir con los términos establecidos.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_