**SONOMA VEIN CARDIOVASCULAR LASER GROUP**

**POLÍTICA DE CANCELACIÓN Y FALTA**

**Cita general:** Si usted cancela su cita con menos de 24 horas antes de la hora de su cita o si no se presenta a su cita, se le cobrará una cuota de **$75.00**.

**Cita para un ultrasonido:** Si usted cancela su cita con menos de 24 horas antes de la hora de su cita o si no se presenta a su cita, se le cobrará una cuota de **$100.00**.

**Cita para Cirugía:** Si usted cancela su cirugía con menos de 48 horas antes de la hora de su cita o si no se presenta a su cita, se le cobrará una cuota de **$200.00**.  
  
  
  
 **RECORDAR CITAS ES ULTIMADAMENTE RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE**

Estoy de acuerdo con los términos y condiciones establecidos anteriormente.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del Paciente Fecha**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre impreso Fecha**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del testigo (Uso de la oficina) Fecha**