



## Póliza de Cancelación

Debido al alto volumen de pacientes que esperan ser atendidos, esta póliza debe aplicarse para satisfacer la demanda de servicios y tratamiento de dermatología.

Por favor, consulte la siguiente póliza de cancelación:

Cualquier visita **no cancelada con 24 horas de anticipación** será considerada una cita perdida.

**2 citas perdidas resultarán en el despido de la práctica.**

Gracias por su cooperación y cumplimiento.

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

\_\_\_\_\_  
DOB

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente / padre / guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo / Iniciales

\_\_\_\_\_  
Fecha