**Altura Periodontics ~ The Height of Treatment**

3690 S. Yosemite Street Denver, CO 80237 (303) 695-0990

**COMPROMISO DE PROGRAMACIÓN DE CITAS**

**Las mejores relaciones se basan en la comunicación abierta y clara. Es nuestro objetivo de ser excelentes socios en su salud dental.**

Estamos comprometidos con usted para su tratamiento dental y le pedimos su compromiso de mantener sus citas programadas. Esto nos permite ser en respuesta a la gran demanda de citas y atender a todos los pacientes en la manera más oportuna posible.

Si no puede asistir a una visita programada, por favor comuníquese con la oficina con la mayor anticipación posible para que el tiempo reservado para usted pueda ser ofrecido a otro paciente en necesidad de atención.

**Con el fin de proporcionar el más alto nivel de atención y capacidad de respuesta para todos los pacientes, hemos establecido las siguientes directrices para su reseña:**

**VISITAS NO-QUIRÚRGICAS PROGRAMAS DE 60 MINUTOS O MENOS**: Por favor avisar con mínimo de 48 horas de anticipación. Cualquier cambio realizado con menos de 48 horas de aviso incurrirá un cargo por $50.

**VISITAS NO-QUIRÚRGICAS PROGRAMAS DE 60-90 MINUTOS**: Por favor avisar con mínimo de 48 horas de anticipación. Cualquier cambio realizado con menos de 48 horas de aviso incurrirá un cargo por $100.

**PARA TODAS LAS VISITAS QUIRÚRGICAS O TRATAMIENTO AVANZADO**: Por favor avisar con mínimo 7 días de anticipación. El depósito de reservación (el tercio del valor del tratamiento) puede ser perdido con cualquier cambio realizado con menos de 7 días de aviso. Si su opción de pago elegido no incluye un depósito de reservaciones, el cargo por cambios realizados con menos de 7 días de aviso será un tercio de la cuota de tratamiento por su visita quirúrgica.

**Imprimir Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Es nuestro privilegio apoyar su deseo de lograr una sonrisa más saludable. Por favor, háganos saber cómo podemos ayudarle. Será nuestro placer.**