



FLORIDA HOSPITAL
M E D I C A L G R O U P

Revise y proporcionar firma

EN UN ESFUERZO POR SERVIRLE MEJOR A NUESTROS PACIENTES, REQUERIMOS QUE NOS NOTIFIQUE 24 HORAS POR ADELANTADO SI NO PUEDE ASISTIR A SU CITA.

Comprendo la importancia de asistir a mi cita y me comprometo a notificarle a la oficina por lo menos 24 horas por adelantado si por alguna razón no puedo asistir. También comprendo que si no notifico mi cancelación recibiré un cargo de \$25.00.

Paciente

Testigo

Fecha: _____