

Gastroenterology Associates of S.W. Florida, P.A.

Appointment No Show/Cancellation Policy

Patient's Name: _____ Date of Birth: _____

Our goal is to provide quality medical care in a timely manner. In order to do so, we have had to implement an appointment no show/cancellation policy. This policy enables us to better utilize available appointments for our patients in need of medical care.

No Show Policy:

A "No Show" is also considered a "missed appointment" this occurs when you fail to show up for an appointment without a phone call 24 hours prior or you cancel without at least 24 hour notice.

Failure to report at the time of a scheduled appointment will be recorded in your chart as a "No Show". If you have (3) three "No Show" in a 12-month period, will result in discharge from our practice. A certified letter will be sent to you from your physician withdrawing from further patient care services. The "No Show" will be documented in your account ledger and chart.

For each "No Show" there will be \$25.00 fee; which will need to be paid in full prior to scheduling any future appointments.

Cancellation Policy:

In order to be respectful of the medical needs of other patients, please be courteous and notify us promptly if you are unable to attend an appointment. This time will be reallocated to someone who is need of treatment. If it is necessary to cancel your scheduled appointment, we require at least 24 hours in advance, and calling early in the day is appreciated. Appointments are in demand, and your early cancellation will give another person the possibility to have access to timely medical care.

If you cancel your appointment on the same day or less than 24 hour notice it will be considered as a "No Show" (see policy above).

How to cancel appointments in advance?

During normal business hours you may call (239) 275-8882 / (239) 458-0822 Or you may send a secure message any time of day through our secure patient portal (<https://giaswfl.portalforpatients.com>)

Discharge From Practice

Patients who habitually abuse this policy or who continuously reschedule appointments will be subject to discharge from the practice.

By signing this policy I indicate that I have read and understand the appointment "No Show /Cancellation" policy. I further understand that I will be responsible for any fees assessed to my account for each "No Show" and may be declined future appointments until I have paid in full the outstanding fees.

PRINT-Patient Name

Enter Today's Date

Patient Signature or Legal Guardian Signature

Relationship to Patient /and/ Account #

Gastroenterology Associates of S.W. Florida, PA complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Gastroenterology Associates of S.W. Florida, P.A.

Appointment No Show/Cancellation Policy Cita Perdida / Poliza de cancelacion

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nuestro objetivo es proporcionar atención médica de calidad en el momento oportuno. Para ello, hemos tenido que aplicar una penalidad si no se presenta la poliza / cancelación. Esta poliza nos permite utilizar mejor las citas disponibles para nuestros pacientes que necesitan atención médica.

Poliza de llegar:

Un "No Show" también se considera una "cita perdida" esto ocurre cuando no se presentó a una cita sin una llamada telefónica 24 horas antes o cancelada sin previo aviso por lo menos 24 horas.

No informar en el momento de una cita programada se grabará en su carta como una "Cita Perdida". Una (3) tres "Cita Perdida" en un período de 12 meses dará lugar a la descarga de nuestra práctica. Una carta certificada será enviado a usted de su médico retirando de otros servicios de atención al paciente. la "Cita Perdida" será documentado en su libro mayor cuenta y gráfico.

Para cada "No Show" habrá \$ 25.00; el cual tendrá que ser pagado en su totalidad antes de programar las citas futuras.

Poliza de cancelación:

Con el fin de ser respetuoso de las necesidades médicas de otros pacientes, por favor, sea cortés y notificarnos de inmediato si no puede asistir a una cita. Esta vez será reasignado a alguien que necesita de tratamiento. Si es necesario cancelar su cita, se requiere al menos 24 horas de anticipacion, y llamando a primera hora del día es apreciado. Las citas son de la demanda, y su cancelación anticipada darán otra persona la posibilidad de tener acceso a la atención médica oportuna.

Si cancela su cita en el mismo día o el aviso de menos de 24 horas se le considera como un ""Cita Perdida" " (ver poliza de arriba).

Cómo cancelar citas con anticipacion?

Durante el horario normal puede llamar al (239) 275-8882 / (239) 458 -0822 O puede enviar un mensaje seguro a cualquier hora del día a través de nuestro portal de pacientes segura (<https://giaswfl.portalforpatients.com>)

Aprobación o descarga de la practica

Los pacientes que habitualmente abusan de esta poliza o que continuamente cancelan las citas seran sujetos a la descarga de la práctica.

Al firmar esta poliza indico que he leído y entiendo la poliza de cita perdida / cancelación. Además, entiendo que seré responsable por los costos evaluados a mi cuenta para cada "Cita Perdida" y pueden ser rechazadas citas futuras hasta que haya pagado en su totalidad las cuotas pendientes.

Escriba su Nombre en letra de molde.

Fecha de hoy.

Firma del Paciente o de su Guardian /o Representante Legal Relacion al Paciente? /y/ Account Number

Asociados de Gastroenterología S. W. Florida, PA cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo.