



---

## **“No Show” Policy** **Effective Immediately**

It is the policy at Saline Medical Specialties (SMS) that a patient is considered a “No Show” if the appointment is not cancelled 24 hours prior to the scheduled appointment time. Three (3) “No Shows” per calendar year may subject you to termination from the clinic, and you may not be able to see any provider at SMS. We understand that special, unavoidable circumstances may cause you to cancel within 24 hours. In this instance, your “No Show” may be waived only with the approval of the provider.

“No Shows” affect the following:

1. **You**, the patient as you do not receive the proper treatment you need.
2. **Your provider**, as he/she has gaps in their schedule.
3. **Other patients**, who might have needed treatment and could have been scheduled in your appointment time.

By signing this form, I certify that I have read the Saline Medical Specialties “No Show” Policy. I understand that Saline Medical Specialties has the right to change its policy at any time and that I may contact Saline Medical Specialties at any time to obtain a current copy.

## **Póliza de “Cita Perdida”** **Efectivo Inmediatamente**

Es nuestra póliza en Saline Medical Specialties (SMS) que un paciente se considera “ausente” si no cancela la cita 24 horas antes de su cita programada. Después de tres (3) “ausencias” al año, usted puede ser despedido de la clínica y no podrá ver a ningún proveedor en esta clínica. Entendemos que circunstancias especiales e inevitables pueden hacer que cancele su cita dentro de las 24 horas. En este caso, su “ausencia” puede ser perdonado sólo con la aprobación del proveedor.

Las “ausencias” afectan a:

1. **Usted**, como paciente, no está recibiendo el cuidado que necesita.
2. **Su médico**, tiene que cambiar su itinerario.
3. **Otros pacientes**, que podrían haber necesitado tratamiento u podría haber tenido su cita.

Al firmar este formulario, certifico que he leído la Póliza de “Citas Perdidas” de Saline Medical Specialties. Entiendo que Saline Medical Specialties tiene el derecho de cambiar su póliza en cualquier momento y que puedo contactar al Saline Medical Specialties en cualquier momento para obtener una copia actual.

Patient Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_