

Serenity Pediatric Therapies/ Michelle Layman
Dirección de Ubicación: 302 S Baldwin Ave, Marion, IN 46952
Dirección Postal: La misma
michelle.layman@serenitypediatric.com
765-661-7373

Políticas de Cancelacion

Gracias por elegir Serenity Pediatric Therapies para servirle a usted y a su hijo. Estamos comprometidos a brindarle atención de la más alta calidad. Tenga en cuenta que la asistencia regular es parte importante del éxito de su hijo(a) y, como tal, esta política es un acierto entre usted y Serenity Pediatric Therapies para una buena asistencia. Como cliente de Serenity Pediatric Therapies, debe revisar cuidadosamente y firmar nuestra política de cancelación. Gracias por trabajar junto a Serenity Pediatric Therapies.

Por favor, lea atentamente la siguiente información y ponga sus iniciales en la casilla para indicar que ha leído y comprendido cada declaración:

___ Se espera asistencia regular y puntual. Si no puede asistir a una sesión programada, llame tan pronto como lo sepa. Siempre que sea posible, se debe avisar con 24 a 48 horas de anticipación para vacaciones, citas con el médico y otras situaciones que no se deben a una emergencia o enfermedad.

___ Por favor, mantenga a su hijo en casa si está enfermo y es contagioso. Serenity Pediatric Therapies se reserva el derecho de enviar a un niño a casa si hay fiebre o si el niño parece ser contagioso. Esto es en el mejor interés de todas las familias y empleados.

___ Si es posible, las sesiones canceladas se reprogramarán para más adelante en la semana. Esto es para las cancelaciones realizadas por la familia, así como para las cancelaciones por parte del personal.

___ Las cancelaciones excesivas por parte de la familia pueden terminar en la dada de alta del niño de los servicios. Si se reprograma una cancelación dentro de la misma semana, la cancelación inicial no contará contra la asistencia del niño.

___ Es inaceptable no presentarse para la cita sin una llamada previa. Si hay 3 citas sin llamadas dentro de un periodo de 6 meses, el niño será dado de alta de los servicios.

___ Si llega mas de 14 minutos tarde, no podemos verlo debido a las pólizas de seguro.

Nombre del Nino

Fecha

Firma de tutor o parte responsable

Relación con el niño

Médico privado/Testigo

Fecha