

NewportSmiles Dental SPA
570 W 19th ST. Costa Mesa CA 92627
(949)642-1033

MISSED APPOINTMENT CONSENT FORM

Patient Name: _____

We ask you to show consideration by notifying our office at least 24 hour in advance if you are unable to keep the appointment. We would like to have the option to offer that appointment to another patient who needs to see the doctor.

This form serves as a notice that if you fail to give us a 24 hours' notice of cancellation in the future, there will be a \$25.00 cancellation fee billed to your account that is not covered by your insurance. You will be held responsible for the fee.

This is to certify that I understand to the best of my knowledge the information mentioned above. I have read and agree to the terms of the office policy.

Patient or Guardian Signature: _____

Date: __/__/__

FORMA DE CONSENTIMIENTO

PARA PACIENTES QUE FALTAN A SUS CITAS

Nombre del Paciente: _____

Les pedios mostrar consideración para notificar a nuestra oficina por los menos con 24 horas de anticipación si no puede asistir a su cita. Nos gustaría tener la opción de ofrecer la cita a otra paciente que desea ser atendido por nuestro doctor.

Este formulario sirve como un aviso de que si no nos dan el aviso en 24 horas para su cancelación de \$25.00 dólares los cuales serán agregados a su cuenta, la cual no es cubierta por su seguro. Usted será responsable de este cargo. Repetidas citas perdidas puede resultar el rechazo de nuestros servicios.

Al firmar certifico que entiendo la información antes mencionada. He leído y estoy de acuerdo con los términos de la política de esta oficina.

Firma del Paciente o Tutor: _____ Fecha: __/__/__