

Política de Cancelación de Citas

En caso de ausencia, el protocolo a seguir indica que:

- Si necesita cancelar su cita, por favor llame a nuestra clínica al (803) 329-9500 y/o a su terapeuta con 24 horas de anticipación o lo más pronto posible.
- Si pierde la cita, por favor llame a nuestra administrativa en la clínica y/o a su terapeuta para ver si es posible reprogramarla.
- Si tiene una situación especial al respecto a horario o asistencia (como problemas de transporte), por favor comuníquese con su terapeuta.
- La terapia de su hijo(a) será puesta en espera por las siguientes razones:
 1. Si su hijo(a) no asiste a **3 o más** sesiones durante un período de **30-días** y no ha reprogramado por lo menos 2 de ellas.
 2. Si su hijo(a) pierde **2** citas dentro del mismo mes, sin hacer la llamada correspondiente, con anticipación.
 3. Si su hijo(a) llega 10 minutos tarde a 3 visitas, durante un período de **30-días**.

***Si alguno de los 3 puntos anteriores sucede, su hijo(a) será puesto en espera hasta nuevo aviso.*

Después de la primera ausencia sin llamada, la terapeuta tratará de comunicarse con usted. Si usted no devuelve la llamada en 3 días hábiles, su hijo(a) será puesto en espera hasta nuevo aviso.

Política de acompañamiento /supervisión de niños:

Nuestro seguro de riesgo requiere que niños(as) menores de 18 años estén permanentemente acompañados por un adulto (padres o guardián legal) durante la sesión de terapia.

Enfermedades:

En consideración a otros(as) niños(as) y a su terapeuta, por favor no traiga a su hijo(a) a terapia ni acepte servicios si tiene alguno de los siguientes síntomas:

- Fiebre de 100 grados o más en las últimas 24 horas.
- Vómito.
- Diarrea.
- Piojos.
- Otras enfermedades infecciosas (ejemplo: faringitis estreptocócica, conjuntivitis aguda, RSV, infección por MRSA, varicela, COVID-19 etc).
- Si tiene menos de 24 horas después haber empezado un antibiótico, enviado por el médico.

Si no está seguro si debe llevar a su hijo a terapia, llame a su terapeuta.

Política de inclemencias del tiempo:

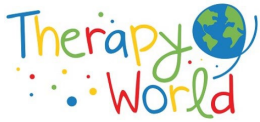
En caso de inclemencias del tiempo, por favor consulte con su canal meteorológico local o nuestro sitio web para información de cierres.

Gracias por revisar y aceptar nuestra política de asistencia.

¡Es un gusto poder atenderlos y servirles!

Firma de Padre/Guardián legal

Fecha



Política para sesiones canceladas:

Si usted no asiste a su terapia programada, o no cancela antes de las 24 horas de su cita usted deberá pagar la cantidad de \$50 dólares los cual no serán cobrados a su seguro y es su responsabilidad pagárselo a la clínica.

Autorización de Cargo de Tarjeta de Crédito

Tipo de Tarjeta: American Express VISA Discover Master Card

Nombre en la Tarjeta: _____

Numero de Tarjeta: _____

Fecha de Expiración: _____

CVV2 (Codigo de Seguridad): _____

Codigo Postal de Tarjeta: _____

Con mi firma en la parte de abajo este documento, autorizo a Therapy World realizar en cargo a mi tarjeta de crédito descrito en la parte superior. Tengo conocimiento que fui informado sobre esta política de cancelación o no asistencia a la cita por Therapy World y acepto los términos y condiciones. No discutiré estos cargos. Entiendo que Therapy World guardará la información de mi tarjeta de crédito en su sistema de seguridad y solo será utilizada para realizar cargos por cancelaciones o no presentarme a las citas en un futuro.

Gracias por revisar y aceptar nuestra política de asistencia.

¡Es un gusto poder atenderlos y servirles!

Firma de Padre/Guardián legal

Fecha