



# Bosque Valley Children's Services

2124 N. 25<sup>th</sup> St., Waco, Texas 76708  
Phone: 254-235-2430 Fax: 254-235-2434

## Póliza de asistencia

Bosque Valley Children's Services se complace que nos han confiado las necesidades de la terapia de su hijo. Nuestro objetivo es proporcionar a nuestros pacientes con servicios de terapia de calidad de manera rápida y eficaz. Entendemos que nuestros pacientes y sus familias tienen un horario muy ocupado, y nosotros respetamos y valoramos el tiempo que los padres pueden traer a sus hijos a sus citas.

Asistencia regular de las sesiones de terapia programada es fundamental para el progreso de un niño. Por lo tanto, requerimos que todos cumplan con nuestra política de asistencia del 85% y seguir nuestra "24 horas" de cancelación para cancelaciones de cita y reprogramación. La política de asistencia es la siguiente:

1. Todos los pacientes deben mantener el 85% de asistencia para todas las citas de terapia.
2. Tres "ausencias/ sin llamar" para hacer otra cita, los pacientes serán descalificados del programa.
3. Por favor proporcionar 24 horas de anticipación para cancelaciones.

Para servir mejor a todos nuestros pacientes, nos reservamos el derecho de descalificar a los pacientes que no mantienen el 85% de asistencia o violen la política de "ausencias/sin llamar".

Bosque Valley Children's Services entiende que en ocasiones pueden surgir circunstancias inesperadas y estamos dispuestos a trabajar con usted de manera individual para resolver problemas de programación. Por favor asegúrese de que usted notifique a la clínica cuando usted no pueda asistir a las citas programadas.

**La asistencia constante en la terapia y la aplicación de las recomendaciones del programa facilita un mayor progreso en la terapia. Por lo tanto, el padre debe estar de acuerdo implementar cualquier programa sugerido por el terapeuta.**

Si usted tiene alguna pregunta, póngase en contacto con nosotros (254) 235-2430. Estaremos encantados de responder cualquier pregunta o reprogramar cualquier cita.

Usted a leído y entendido o alguien le explicó la póliza de asistencia de servicios de Bosque Valley Children Services mencionada anteriormente y esta de acuerdo a cumplir con nuestra política. Usted también esta de acuerdo a implementar cualquier programa sugerido por el terapeuta.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Nombre del padre o tutor: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_