

Nombre del paciente <i>Patient name</i>			
MHN <i>MHN</i>	F. nac. <i>DOB</i>	Edad <i>Age</i>	Sexo <i>Gender</i>

## **Declaración Sobre Citas Para Servicios de Psiquiatría** ***Psych Appointment Acknowledgement***

Página 1 de 2

Page 1 of 2

Fecha (mes/día/año) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

*Today's date (month/day/year)*

Los proveedores del Departamento de Psiquiatría y Salud Conductual de Marshfield Clinic (trabajadores sociales clínicos, enfermeros, enfermeros profesionales, psiquiatras y psicólogos) se esfuerzan por ofrecer servicios de salud mental puntuales, eficaces y compasivos. Para garantizar la eficacia y la puntualidad de nuestros servicios, deberá llegar al menos 5 minutos antes del horario fijado para su cita, a fin de registrarse. Le solicitamos que siga estas pautas en cada una de sus citas:

*The providers in Marshfield Clinic's Department of Psychiatry and Behavioral Health (clinical social workers, nurses, nurse practitioners, psychiatrists and psychologists) strive to provide mental health services that are timely, effective, and compassionate. To ensure the effectiveness and timeliness of our services, you will need to arrive at least 5 minutes early for your appointment to allow time for you to check in. We need to ask you to follow these guidelines for your appointments:*

- Llámenos al menos 24 horas antes de la cita si necesita cancelarla o reprogramarla. Esto nos permitirá ofrecerle ese horario a otro paciente que necesite los servicios.

*Call us at least 24 hours in advance of an appointment if you need to cancel or reschedule. This will allow us to offer that time to another patient that is in need of services.*

- Si llegará tarde a su cita debido a eventos imprevistos, llámenos e infórmenos a qué hora llegará. Hablaremos con usted para ver si tendrá tiempo suficiente o si será necesario reprogramar la cita.

*When unexpected events occur that will make you late for your appointment, please call us and let us know when you will be here. We can then work with you to see if that will give you enough time or if we will need to reschedule.*

- Si no asiste a una cita debido a eventos imprevistos, llámenos lo antes posible para informarnos que está bien (nos preocupamos por usted si no asiste), qué sucedió y si desea reprogramar la cita.

*When unexpected events occur that result in you missing an appointment, please call us as soon as possible to let us know that you are ok (we become concerned about you if you just don't show up), what happened and if you wish to reschedule.*

## Declaración Sobre Citas Para Servicios de Psiquiatría (Continuación)

Página 2 de 2

Nombre del paciente <i>Patient name</i>	MHN <i>MHN</i>	F. nac. <i>DOB</i>	Edad <i>Age</i>	Sexo <i>Gender</i>
--	-------------------	-----------------------	--------------------	-----------------------

Si no se presenta para su cita, no asiste a varias citas seguidas, tiene una combinación de inasistencias a citas, cancelaciones tardías (aviso con menos de 24 horas de anticipación) o llegadas con retraso a las citas, su proveedor revisará su caso. Los posibles resultados de la revisión incluyen restricciones o limitaciones de servicios específicos de psiquiatría y salud conductual.

*If you do not show up for your appointment, have missed several appointments in a row, have a combination of missed appointments and/or late cancellations (less than 24 hours in advance notice) or late arrival for appointments, your provider will review your case. Potential outcomes of the review include restrictions/limitations for specific psychiatry and behavioral health services.*

Esperamos que, al seguir las tres pautas para citas mencionadas anteriormente, se puedan evitar problemas y podamos brindarle los servicios de salud mental en forma puntual.

*We are hopeful that by following the three guidelines for appointments noted above, problems can be avoided so that we can provide you with timely mental health services.*

**Por medio de mi firma, declaro que he recibido y que comprendo la información indicada anteriormente.**

***By my signature, I acknowledge that I have received and understand the information as stated above.***

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (Representante legal del paciente)  
Patient signature (Patient's legal representative)

\_\_\_\_\_  
(Relación)  
(Relationship)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha (mes/día/año)  
Date (month/day/year)

\_\_\_\_\_  
Hora  
Time