

Nombre del Cliente: _____ **Nro de Historia clínica.:** _____

Bienvenidos a los Servicios de Salud Mental del Condado de Contra Costa. Estamos comprometidos con su bienestar y brindamos la mejor calidad de la atención.

Importancia de asistir a las citas:

Asistir a las citas con regularidad le ayudará a obtener el máximo beneficio del tratamiento. Le pedimos que haga todo lo posible por asistir a todas las citas programadas.

Si no puede asistir a una cita, por favor cancele la cita ***lo antes posible, de preferencia con al menos 24 horas de anticipación.*** Si no puede avisar con 24 horas de antelación, ***le pedimos que cancele lo antes posible.*** De este modo, nuestros proveedores podrán programar una cita para otra persona en ese horario.

Tenemos la obligación de revisar los registros de los pacientes con los que hemos perdido contacto para determinar si deben ser dados de alta de la atención.

Recordatorios de citas:

Si hizo una cita en la clínica con más de 48 horas de antelación, en la mayoría de los casos recibirá una llamada o un mensaje de texto automático de recordatorio (según la opción que haya seleccionado) para ayudarle a recordar su cita.

Dificultades para asistir a las citas:

Si tiene algún problema que le dificulte asistir a sus citas (como el transporte), por favor háganoslo saber. Podemos ayudarle a encontrar los recursos necesarios para que pueda venir a su cita.

Cómo cancelar su cita:

Puede cancelar su cita de cualquiera de las siguientes formas:



Nombre del Cliente: _____ **Nro de Historia clínica.:** _____

- Llame a su clínica, _____, al _____. Si nadie contesta, por favor deje un mensaje de cancelación en el sistema de correo de voz.
- Si tiene una cuenta de MyChart, puede notificar a su proveedor a través de MyChart. Las aplicaciones están disponibles en Apple Store o Google Play Store, y se puede acceder a ellas en la web en <https://mycclink.cchealth.org>.
- Responda a las instrucciones del recordatorio automático de la cita que reciba.

¡Estamos ansiosos por asociarnos con usted para lograr su bienestar!

Por favor, firme este formulario para confirmar que un miembro del personal:

- le ha explicado las Pautas de asistencia de Salud Mental,
- ha contestado a sus preguntas, y
- le ha ofrecido una copia de este documento para sus registros.

Firma del Cliente/Representante Legal

Nombre en letra de imprenta del
Cliente/Representante Legal

Fecha

Firma del Personal del Condado

Nombre en letra de imprenta
del Personal del Condado

Fecha

Solo para uso clínico

--