

***IMPORTANT INFORMATION
ABOUT OUR POLICIES***

***FEES AND/OR DISCHARGE FROM THE PRACTICE
FOR LATE CANCELLATIONS AND NO-SHOWS***

- All appointments must be cancelled by 3 p.m. of the previous day (or by 3 p.m. on Friday for a Monday appointment) to avoid incurring a \$45 no-show or late cancellation fee. Insurances do not cover no-show or late cancellation fees so you, the patient, will be responsible for payment.
- If you are charged a no-show or late cancellation fee and you believe that an error may have been made in scheduling or that you deserve special consideration, please provide an appeal to us in writing for consideration.
- If you incur 2 or more no-shows or late cancellations, you may be discharged from the practice.

I have read and understand the above policy.

Print Patient Name

Date

Patient Signature

AUTHORIZATION TO OBTAIN INFORMATION

(this authorization will be effective unless revoked by me)

- I wish to grant Mansfield OB/GYN access to all relevant records/test results on the (circled as below) in order to best manage my care.
 - Windham Community Memorial Hospital system
 - Manchester Hospital system
- I would prefer that the following records not be included for review:

Name: _____

Date of Birth _____

Signature: _____

Today's Date: _____

INFORMACION IMPORTANTE SOBRE TU CITA

**CARGAMENTOS Y DESCARGA DE NUESTRO PRACTICA
PARA CANCELACIONES TARDES OR CUANDO NO TE PRESENTAS**

- Todas las citas deben ser canceladas desde 3 p.m. el día anterior (o desde 3 p.m. Viernes para una cita en Lunes) para evitar incurrir un cargamento de \$45 por la cancelacion tarde o cuando no presentas. Seguros no cubren esta tarifa, y estas tu, el paciente responsable por el pago.
- Si incurres una tarifa, y crees que era un error durante programacion de tu cita, o si crees que debemos consideracion especial, por favor de proporcionar un apelacion escrito para consideracion.
- Si incurres dos or mas ocasiones cuando no presentas o cancelas la cita tarde, puedes ser descargada de la practica.

Yo lo he leído y comprendo la poliza.

Nombre del Paciente

Fecha

Signatura del Paciente

AUTHORIZACION DE OBTENER INFORMACION

(esta autorizacion estara en efecto hasta sea revocado por mi)

- Le doy permiso a Mansfield OB/GYN para poder obtener mis exámenes y resultados de website para mejor manegar mi cuidado.
 - Windham Community Memorial Hospital system
 - Manchester Hospital system
- Prefiero que estos resultados no esten incluidos:

Nombre: _____

Fecha de nacimiento _____

Signatura del Paciente _____

Fecha de hoy: _____