



Dr. Thomas Dix
Family Dentistry

4444 Austell Rd. Suite 200
Austell GA, 30106
(O) (770) 732-8374 (F) (770) 732-1033
www.drthomasdix.com

Removal of Scheduled Dental Appointment

Name: _____ Date of Birth: ____/____/____

I am aware that Dr. Dix's office will try to reach me via text and phone to confirm my scheduled appointment and that it is my responsibility to call or text to confirm the appointment that I am to give a 24-Hour notice to avoid a cancellation or no show fee in the amount of **\$40.00** per hour.

I DO UNDERSTAND THAT IF MY APPOINTMENT IS SCHEDULED **ON A MONDAY** AND I FAIL TO **CANCEL THE APPOINTMENT PRIOR TO THURSDAY** I WILL BE RESPONSIBLE FOR A BROKEN APPOINTMENT FEE .

I am also aware that after the third attempt to contact me and **less than 24 hour period** I will be removed from their schedule. I was advised **if they can fill that scheduled time** slot I will be free of the assessed fee.

Signed: _____ Date: ____/____/____

Witness: _____ Date: ____/____/____



Dr. Thomas Dix
Family Dentistry

4444 Austell Rd. Suite 200
Austell GA, 30106
(O) (770) 732-8374 (F) (770) 732-1033
www.drthomasdix.com

Retiro De La Cita Dental Programada

Nombre: _____ Fecha De Nacimiento: ____/____/____

Soy consciente de que la oficina del Dr. Dix tratará de comunicarse conmigo por mensaje de texto y teléfono para confirmar mi cita programada y que es mi responsabilidad llamar o enviar un mensaje de texto para confirmar la cita que debo dar un aviso de 24 horas para evitar una cancelación o tarifa de no presentación por un monto de **\$ 40.00 por hora**. También soy consciente de que después del tercer intento de contactarme y **de menos de 24 horas**, seré eliminada la cita programada. **Yo soy consciente que si la oficina puede llenar ese espacio de tiempo programado, no tendré que pagar la tarifa.**

ENTIENDO QUE SI MI CITA ESTÁ PROGRAMADA PARA UN LUNES Y NO PUEDO CANCELAR LA CITA ANTES DEL JUEVES SERÁ RESPONSABLE DE UNA TARIFA DE CITA INTERRUMPIDA.

También soy consciente de que después del tercer intento de contactarme y en menos de 24 horas, seré eliminado de su horario. Me informaron que, si pueden llenar ese espacio de tiempo programado, estaré libre de la tarifa evaluada.

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

Testigo: _____ Fecha: ____/____/____