

### **Contrato de Responsabilidad del Paciente para el Pago**

*Por favor lea y ponga sus iniciales en los espacios en blanco abajo:*

\_\_\_\_\_ Yo he hablado de la responsabilidad para el pago por recibir tratamiento y asumo la responsabilidad financiera para mí y/o un miembro de mi familia. Entiendo que se debe pagar en el momento de recibir los servicios a no ser que arreglos especiales hayan sido acordados. La duración de las sesiones de terapia es 1 hora para la consulta inicial y 45 minutos para las sesiones de seguimiento.

\_\_\_\_\_ El tiempo de mi cita ha sido reservado exclusivamente para mí y/o mi familia. Entiendo que se requiere que se avise con 24 horas de anticipación si no puedo cumplir con la cita programada. En caso de que no avise con 24 horas de anticipación, yo tendré la responsabilidad financiera para la cita reservada al precio por hora de terapia estándar. Para las sesiones para evaluación y las sesiones extendidas que no fueron canceladas dentro de tiempo especificado, reconozco que soy responsable por el número de horas reservadas. Nosotros podemos hacer excepciones o eliminar el honorario a nuestra discreción por circunstancias excepcionales o de emergencia. Es posible que puede haber una ocasión cuando tu terapeuta necesita cancelar su cita por una emergencia; haremos todos los esfuerzos para reprogramar su cita en una hora adecuada. Como cortesía, la primera vez de no presentarse o de cancelar tarde se cobrará \$100.00 y todas las otras cancelaciones y faltas de presentarse se cobrarán al precio completo del tiempo/servicio reservado.

\_\_\_\_\_ Para proporcionar tratamiento eficaz, la constancia de asistir las citas programadas es importante. Nuestra póliza de oficina es que tres (3) ocasiones de no presentarse o cancelaciones tardes (con menos de 24 horas de aviso) de citas programadas puede resultar en la terminación de servicios. Si se vuelven a proporcionar servicios, se requerirá un número de tarjeta de crédito en sus archivos para poder facturarle al cancelar o no presentarse.

\_\_\_\_\_ Para ser flexible y sensible a sus necesidades, muchos de nuestros terapeutas están disponibles para sesiones por teléfono para hablar con usted cuando sea necesario. Por favor tenga en cuenta que todas las llamadas que sobrepasan diez minutos serán facturadas proporcionalmente basadas en el costo de sus sesiones.

\_\_\_\_\_ Entiendo que mi cuenta se cargará adicionalmente para otros servicios profesionales proporcionados. Este cargo se hará en incrementos de 15 minutos y siempre hablaremos con usted con anticipación acerca de los cargos adicionales. Otros servicios profesionales incluyen contacto extendido por correo electrónico, consulta con otros profesionales con su permiso, preparación de los archivos o resúmenes de tratamiento, y el tiempo gastado proporcionando cualquier otro servicio que usted pueda pedir de nosotros.

**Entiendo completamente y estoy de acuerdo con las pólizas y condiciones mencionadas arriba. Este documento es un suplemento a los contratos anteriores que posiblemente he firmado. Una copia de este contrato está disponible a solicitud.**

Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de Paciente/Padre/Tutor \_\_\_\_\_