



ACKNOWLEDGEMENT REGARDING CANCELLED AND MISSED APPOINTMENTS

(La versión en español está en la página siguiente.)

It is HBI's policy to allow our clients to schedule two (2) follow-up appointments in advance based on the treatment plan. In order to comply with this policy, it is important that clients attend their appointments as scheduled. We understand that there might be compelling reasons that may cause a client to miss an appointment, which will be evaluated on a case per case basis by HBI.

To acknowledge that you fully understand HBI's policy on Appointment Cancellation and "No Show", read carefully and initial the following conditions:

INITIAL If you are unable to keep your appointment, you must **CALL TO CANCEL 24-HOURS IN ADVANCE**. A same-day cancellation is considered a "NO-SHOW".

INITIAL If you miss or **NO-SHOW** for **TWO (2) or more sessions/appointments**, all your scheduled follow-up appointments will be cancelled and will be opened up for other clients.

INITIAL If you cancel two (2) *consecutive* appointments, even with a 24-hour notice, all your scheduled follow-up appointments will be cancelled and will be opened up for other clients.

INITIAL Depending on your insurance coverage, if you are scheduled for medication evaluation, a completed initial Mental Health Assessment is required. **If you cancel or miss your appointment for Initial Mental Health Assessment, your first medication appointment will also be cancelled.**

INITIAL If applicable, if you have a PPO/HMO commercial health plan, or self-pay account, you (the client/parent/legal guardian whose signature appears below) are liable for any fees associated with your missed appointments or "no show". **Failure to show up for an EAP appointment will result in forfeiture of an EAP visit.**

INITIAL You (the client/parent/legal guardian) may be required to attend a remedial session or speak with your therapist to discuss the reason for missing or cancelling your appointments, and maybe, reevaluate your needs before additional sessions are scheduled.

I, _____, PRINT FULL NAME, Client/Patient Parent Legal Guardian, hereby acknowledge that I fully understand and agree to the above-specified consequences regarding "no show" and cancellation of appointments. Most importantly, I am fully aware that habitual cancellation of sessions or "no show" on my part may interrupt or terminate the behavioral health and rehabilitative services the patient or I am receiving at Human Behavior Institute.

Signed: _____

Date: _____

Must be signed by a parent/legal guardian, if patient/client is a minor.

Print Name of Patient/Client: _____

Date of Birth: _____



RECONOCIMIENTO SOBRE CITAS CANCELADAS Y PERDIDAS

La política de HBI es permitirle a usted, nuestro cliente, programar dos (2) citas de seguimiento por adelantado en función del plan de tratamiento que haya establecido con su terapeuta. Para cumplir con esta política, es importante que los clientes asistan a sus citas a tiempo. Entendemos que puede haber razones de peso que pueden hacer que un cliente pierda una cita, que HBI evaluará caso por caso.

Para reconocer que usted entiende completamente la política de HBI sobre cancelación de cita y "No Presentarse (No Show) ", leer atentamente y inicie las siguientes condiciones:

- INICIAL

 Si no puede cumplir con su cita, debe **LLAMAR PARA CANCELAR LAS 24 HORAS ANTES**. Las cancelaciones el mismo día se consideran "no se presento".

- INICIAL

 Si no asiste o **NO PRESENTA** durante **DOS (2) o más sesiones/citas**, todas sus citas futuras no utilizadas serán canceladas y se abrirán para otros clientes.

- INICIAL

 Si **cancela dos (2) citas consecutivas**, incluso con un aviso de 24 horas, todas sus citas futuras no utilizadas serán canceladas y se abrirán para otros clientes.

- INICIAL

 Según la cobertura de su seguro, si está programado para una evaluación de medicamentos, se requiere una evaluación de salud mental inicial completa. Si cancela o pierde su cita para la evaluación inicial de salud mental, también se cancelará su primera cita para medicamentos.

- INICIAL

 Si corresponde, si tiene un plan de salud comercial PPO / HMO o una cuenta de pago propio, usted (el cliente / padre / tutor legal cuya firma aparece a continuación) es responsable de los honorarios asociados con sus citas perdidas o "no presentarse". **Si no se presenta a una cita de EAP, perderá la visita de EAP.**

- INICIAL

 Es posible que usted (el cliente/padre/tutor legal) deba asistir a una sesión de recuperación o hablar con su terapeuta para analizar el motivo por el cual perdió o canceló sus citas y, tal vez, reevalúe sus necesidades antes de programar sesiones adicionales.

Yo, _____, ESCRIBA SU NOMBRE, Cliente/Paciente Padre Tutor Legal, por la presente reconozco que entiendo completamente y acepto las consecuencias mencionadas en esta forma con respecto a "no asistir" y la cancelación de las citas. Lo más importante, soy plenamente consciente de que la cancelación habitual de sesiones o "no presentarse" de mi parte, podrá interrumpir o cancelar los servicios de salud mental y de rehabilitación que estoy recibiendo en Human Behavior Institute.

Firma: _____
Debe ser firmado por un padre/tutor legal, si el paciente/cliente es menor de edad.

Fecha de Hoy: _____

Escriba el nombre
Del Paciente/Cliente: _____

Fecha de nacimiento: _____