

Actualización del cliente del Cashman Center 2024

Información del cliente

Nombre y Apellido Legal*: _____ Nombre preferido: _____

**tal y como aparece en los documentos de identidad y en las tarjetas de seguro*

Sexo legal*: _____ Identidad de género: _____ Pronombres: _____ DOB: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Tipo: *Célula/Hogar/Trabajo* Número alternativo: _____ Tipo: *Célula/Hogar/Trabajo*

Dirección de correo electrónico: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Información sobre el seguro

Compañía de seguros: _____ Número de teléfono: _____

ID # _____ Group # Política de _____ # _____

Fecha de entrada en vigor: _____ Copago/deducible: _____

Asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con el cliente: _____ Empleador: _____

Seguro Secundario

Compañía de seguros: _____ Número de teléfono: _____

ID # _____ Group # Política de _____ # _____

Asigno todos los beneficios del seguro u otra cobertura de terceros al proveedor del servicio. Entiendo que al firmar este formulario, reconozco que si mi compañía de seguros o I-IB/IO/PPO no cubre ciertos servicios, los pagaré en su totalidad. Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar cualquier reclamo por servicios prestados por el proveedor o sus contratistas independientes. Se podrá aceptar una fotocopia de _____ esta _____ autorización.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____



Política de No-Show/Cancelación Tardía

Esta política se ha establecido para brindar el más alto nivel de atención a todos nuestros clientes que reciben los Servicios Integrados de Salud y Bienestar de Cashman Center. Se ha demostrado que la asistencia constante proporciona la mayor oportunidad de éxito. Al notificarnos una cancelación, es posible que podamos acomodar a otros clientes con su espacio para citas. Nos gustaría recordarle la política de nuestra oficina con respecto a las citas perdidas.

- ❖ Los clientes deben llamar 24 horas antes de la hora programada de su cita, cuando a sabiendas no puedan asistir a su cita. Las cancelaciones dentro de las 24 horas posteriores a su cita se considerarán una cancelación tardía. Entendemos que surgen emergencias y que es posible que no sea posible dar dicho aviso. Cualquier posible excepción a la política de no presentación/cancelación tardía será determinada por su proveedor.
- ❖ Los clientes deben planear llegar a tiempo a las citas programadas. Permitiremos un período de gracia de 5 minutos para citas de 30 minutos y un período de gracia de 10 minutos para citas de 60 minutos y 90 minutos. Más allá del período de gracia indicado, su proveedor se reserva el derecho de cancelar su cita y cobrar un cargo por cancelación tardía, las tarifas por no presentarse o cancelaciones tardías comienzan en \$ 80.00.
- ❖ Continuación de los servicios
 - Cashman Center se reserva el derecho de discontinuar los servicios después **de TRES** cancelaciones tardías o por no presentarse. Debido a que somos un equipo de atención integrada, una no presentación y/o cancelación tardía para una cita con cualquiera de nuestros médicos se incluirá en la determinación de la atención continua.
 - Los planes de Medicare y Medicaid nos prohíben cobrarle por no presentarse y cancelaciones tardías, y Cashman Center cumplirá con esas prohibiciones. Por lo tanto, los clientes con pólizas de seguro de Medicare o Medicaid serán dados de alta del tratamiento y todas las citas futuras se cancelarán después **de DOS** cancelaciones por no presentarse y/o por retraso.
 - Si las circunstancias atenuantes han contribuido a la pérdida de citas, todos los clientes tienen derecho a apelar la interrupción de los servicios escribiendo una carta explicando dichas circunstancias.

Gracias por brindar esta cortesía a nuestra oficina y a nuestros clientes. Firmar a continuación indica que comprende y acepta los términos de esta política.

Firma del cliente _____ fecha _____

Firma del proveedor _____ fecha _____

Cashman Center requiere que proporcione la información de su tarjeta de crédito/débito registrada con nosotros para que podamos cobrar copagos, coseguros, montos deducibles y cargos por servicios profesionales, como cancelación tardía o cargos por citas perdidas. Es responsabilidad del cliente mantener las tarjetas precisas y actualizadas. Almacenamos información financiera y otra información médica protegida en un sitio encriptado que cumple con HIPAA.

Se requiere el pago en el momento del servicio. Proporcionamos estados de cuenta regulares para el saldo de su cuenta por correo. Puede pagar su saldo en sesión con su terapeuta, en línea a través de nuestro sitio web, o con cheque o efectivo. Si se acumula saldo y no se recibe ningún pago dentro de los 45 días posteriores al servicio, nos reservamos el derecho de solicitar el pago por cualquier medio, incluido el uso de la información de crédito/débito que tenemos registrada, la contratación de una agencia de cobranza, etc. Cashman Center le permite elaborar un plan de pago con nosotros que incluya un período razonable para resolver el saldo. Si el saldo del cliente sigue sin pagarse, nos reservamos el derecho de suspender los servicios hasta que el saldo se pague en parte o en su totalidad.

Nombre del cliente _____ Number _____
del cliente

Tipo de tarjeta _____ Visa _____ Master Card _____ Discover _____ AmEx _____ Otros

Nombre en la tarjeta

Tarjeta de crédito
number _____

Fecha de vencimiento _____ Código de seguridad _____ Código postal de
facturación _____

¿Esta tarjeta está vinculada a una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA, por sus siglas en inglés) o a una Cuenta de Gastos Flexibles (FSA, por sus siglas en inglés)? _____

Su firma a continuación indica que ha leído y entendido nuestra política de tarjetas de crédito/débito y cuentas morosas. Usted autoriza a Cashman Center a cargar la tarjeta de crédito anterior. Usted es consciente de que su información se guardará en el archivo para una transacción futura en su cuenta.

Firma _____ Date _____

He leído, entiendo y acepto cumplir con las políticas que se me dan en el Manual de Contrato de Registro y Tratamiento del Cliente. Entiendo toda la información del centro que se me proporciona en estos documentos; Si tengo inquietudes sobre alguna política, hablaré con mi proveedor de tratamiento. La información que recibí incluye:

- Registro de clientes
- Cobertura de crisis
- Aviso de Información de Salud y Prácticas de Privacidad
- Responsabilidades de Cashman Center
- Declaración de Derechos
- Responsabilidades del cliente
- Cashman Center es una clínica de atención integral, lo que significa que la consulta se realiza entre proveedores sobre el mismo caso para facilitar la atención. Los proveedores divulgarán los datos mínimos información necesaria para proteger la privacidad del cliente.

Firma del cliente _____ fecha _____

Por favor, devuelva los formularios a Cashman Center.

Envíe un correo electrónico a: cashmanforms@therapysecure.com *(tenga en cuenta que la información privada puede no estar segura por correo electrónico)*

Fax: 952-224-8991

O por correo a: 2970 Judicial Road Suite 100, Burnsville, MN 55337