



Política de reprogramación de citas, cancelación y no presentación de citas

En Garcia's Family Wellness Clinic (GFWC), nos esforzamos por brindar la mejor experiencia al cliente y la mejor atención para usted y su familia. Como su equipo personalizado de médicos, asignado específicamente para usted y / o su familia, nos comprometemos a preparar y especializar el tratamiento solo para usted y para nadie más durante el tiempo programado. Como tal, nos hemos tomado el tiempo de nuestra propia familia y de nuestros queridos. En GFWC, entendemos que pueden ocurrir emergencias y pueden estar fuera de su control; sin embargo, tenga en cuenta que su proveedor ha creado tiempo para prepararse para llegar a tiempo y estar listo para su cita. Como tal, los pacientes nuevos y existentes deben aceptar nuestra "Política de reprogramación de citas, cancelación y no presentación de citas".

Esta política debe ser revisada, firmada y devuelta antes de poder iniciar o reanudar los servicios. Para programar cualquier servicio en GFWC, debe aceptar las siguientes tarifas de programación que se aplicarán si tiene una cancelación tardía o no se presenta con su proveedor. Las siguientes son las tarifas de programación para los siguientes servicios.

Tarifas de citas:

Cita de admisión de consejería	\$ 120.00
Cita de seguimiento de consejería	\$ 85.00
Cita de admisión para administración de medicamentos psiquiátricos	\$ 150.00
Cita de seguimiento para administración de medicamentos psiquiátricos	\$ 120.00
Cita para evaluaciones mentales/psicológicas.....	\$170.00

La política de cancelación de GFWC requiere que los pacientes, tutores o padres llamen a GFWC al 210-481- 4265 o al número de teléfono móvil de sus terapeutas asignados con 48 horas o más de anticipación para reprogramar o cancelar su cita. Los correos electrónicos y los mensajes de voz no se consideran medios apropiados para cancelar o reprogramar su cita, llame dentro del horario laboral de lunes a viernes de 8am a 12pm y de 1pm a 5pm. Las citas que se cancelen con 48 horas o menos o que no se presente, o que el paciente llegue 15 minutos tarde (lo que se considerará no presentarse) incurrirá en una tarifa de programación como se muestra arriba. Como resultado, esta tarifa de programación se utiliza para compensar los servicios que se planificaron para ese día. Para programar otra cita, se aplicará nuevamente la respectiva tarifa de programación anterior.

Las citas que resulten en una cancelación tardía o en la no presentación darán lugar a una tarifa de programación, como se mencionó anteriormente, automáticamente a la tarjeta de crédito registrada o tarjeta de crédito alternativa del cliente o tutor para programar la próxima cita de seguimiento. Si no se paga la tarifa de programación, no se podrá programar una cita de seguimiento y el paciente será dado de alta de nuestra clínica, se proporcionan referencias de la comunidad a todos los pacientes; vea abajo.

* Las tarifas de programación no se aplican a los pacientes de Medicaid que consultan a un proveedor de Medicaid acreditado *



Alta automática de la póliza de un paciente:

Esta política se aplica a los pacientes que cancelan con menos de 48 horas de anticipación o no se presentan a su cita programada, como se indicó anteriormente, para **2 citas consecutivas** resultará en el alta automática de nuestra clínica. Puede elegir programar una cita de seguimiento en una de las siguientes agencias o en cualquier otra de su elección:

<u>The Center for Healthcare Services</u> 6800 Park Ten Blvd., Suite 200-S San Antonio, Texas 78213 Adult: (210) 261-1250 Children: (210) 261-3350	<u>San Antonio Behavioral Healthcare Hospital:</u> 8550 Huebner Rd, San Antonio, TX 78240 (210) 541-5300	<u>Clarity Child Guidance Center:</u> 8535 Tom Slick, San Antonio, TX 78229 (210) 616-0300
--	--	--

Cargue en mi tarjeta los cargos completos de las sesiones en el momento del servicio. Nombre del cliente:

Nombre del paciente:		
Nombre de la persona de la tarjeta:		
Número de tarjeta de crédito:		
Fecha de vencimiento:	Código postal de de la tarjeta de crédito:	Numero de seguridad de tras de la tarjeta:
Escriba sus iniciales aquí si eligió firmar electrónicamente debajo de la firma _____		
Nombre en la tarjeta de credito:		Fecha:

Entiendo que al firmar a continuación, autorizo a GFWC cobrar mi tarjeta de la manera indicada por la Política de reprogramación de citas, cancelación y no presentación de citas, automática del de paciente. Estos pagos pueden incluir copagos, montos de coseguro, pagos de bolsillo, deducibles, cargos por no presentarse o cancelaciones tardías.

Firma del cliente / tutor / padre: _____ Fecha: _____