



ACUERDO FINANCIERO

CLIENTE ADULTO
O GUARDIÁN
LEGAL DE MENOR

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN: Autorizo a Adapt Behavioral Services a divulgar información confidencial relevante a mi proveedor de fuente de fondos/seguro actual para procesar reclamos, obtener reembolsos y cumplir con los requisitos de auditoría del proveedor de fuente de fondos/seguro.

OTROS SEGUROS MÉDICOS: Entiendo que los fondos de seguro público (Medicaid, Healthy Kids) serán utilizados como última opción, y que se utilizará primero cualquier otro seguro médico disponible. Entiendo que soy responsable de los cargos por servicios de no notificar de la existencia de otro seguro medico para el cliente arriba mencionado.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA: Entiendo que seré responsable de cualquier cargo que mi proveedor de fuente de fondos/seguro no cubra, incluidos los servicios proporcionados después de que mi seguro haya caducado, los cargos descritos en la Política de Asistencia/Cancelación o cualquier otro motivo de impago del seguro.



Mi presente cobertura de seguro incluye lo siguiente (el costo real puede cambiar después de que el seguro procese la reclamación):

- Sin costo:** Entiendo que mi plan de seguro no tiene deducible, coseguro ni copago.
- Deducible:** Entiendo que mi plan de seguro tiene un deducible y que se me pedirá que pague el costo total de los servicios hasta que se haya alcanzado la cantidad del deducible. Detalles del deducible: incluya la cantidad del deducible, la cantidad restante, el costo de \$ esperado por sesión, etc. **Deductible details:** _____
- Coseguro:** Entiendo que mi plan de seguro requiere que pague un porcentaje de los cargos totales por los servicios (después de que se haya alcanzado el deducible, si el plan tiene deducible). Detalles del coseguro: Incluya el % de coseguro, el costo de \$ esperado por sesión, etc.). **Coinsurance details:** _____
- Copago:** Entiendo que mi plan de seguro requiere que pague una tarifa fija por cada fecha de servicios (después de que se haya alcanzado el deducible, si el plan tiene deducible). Detalles del copago: incluya la cantidad del deducible, la cantidad restante, el costo de \$ esperado por sesión, etc. **Copayment details:** _____

NOTA: Durante los períodos de evaluación y reevaluación, puede haber cargos adicionales por servicios indirectos relacionados con la evaluación (por ejemplo- análisis de datos, redacción de informes) fuera de las sesiones.

Estoy de acuerdo en pagar el deducible y copagos de la siguiente manera:

- EFFECTIVO/CHEQUE/GIRO POSTAL:** Yo dare el pago al terapeuta al final de cada session.
- TARJETA DE CREDITO:** Yo autorizo a Adapt Behavioral Services a cargar la tarjeta de credito incluida abajo por la cantidad indicada anteriormente para cada fecha de servicio. **(Cargo Minimo: \$5)**

CREDIT/DEBIT CARD AUTHORIZATION	
Tipo Tarjeta de credito: : <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> Discover (we do not accept American Express)	
Tarjeta de credito #: _____	Fecha de Exp: _____ Condigo: _____ Zip code: _____
Firma Autorizada:: _____	

FONDOS INSUFICIENTES: Yo entiendo que si mi cheque es devuelto por falta de fondos, sere responsable de pagar cualquier cargo que el banco le haga a Adapt. Ademas entiendo que ya no voy a ser capaz de pagar con cheque y tender que usar otro metodo de pago (por ejemplo, tarjeta de credito, dinero en efectivo, giro postal).

Este acuerdo podra ser modificado o cancelado en cualquier momento. La terminacion del presente acuerdo no exime de la obligacion de pagar por los servicios que ya han sido prestados.

ESTE CONCENTIMIENTO EXPIRA 1 AÑO A PARTIR DE LA FECHA DE LA FIRMA.

Firma del cliente o Padre/Tutor Legal: _____ Fecha: _____

Nombre del Tutor Legal: _____ Relación _____
(requerido si el cliente es menor de edad)