



**ACKNOWLEDGEMENT REGARDING CANCELLED AND MISSED APPOINTMENTS**

HBI is committed to provide excellent service to all our clients. To offer the best possible therapeutic setting, it is necessary that you attend your scheduled appointments on time. We understand that extenuating circumstances may arise that could prevent you from attending your appointment, which will be evaluated on a case per case basis by your therapist. **To acknowledge that you fully understand HBI’s policy on Appointment Cancellation and “No Show”, initial the following conditions:**

INITIAL

If you (the patient/client) are unable to keep your appointment, you (the patient/client/parent/guardian) **MUST** call our office to cancel at least 24 hours before your scheduled visit. This courtesy will allow us to be of service to other patients.

INITIAL

A “no show” is defined as when a client does not show for an appointment and does not inform HBI to cancel the appointment at least 24 hours in advance. Same day notice of cancellation is still considered as a “no show”.

INITIAL

If you (the recipient/client) fail to attend a session - “no show”, all of your unused future appointments will be cancelled. You (the recipient/client) must contact your therapist to discuss the reason for missing your appointment before additional sessions may be scheduled.

INITIAL

If you (the recipient/client) cancel a total of 2 “consecutive” sessions, even with ample notice to HBI without a compelling reason, then all further scheduled appointments will be cancelled. You (the recipient/client) must contact your therapist to discuss the reason for cancelling the appointments before additional sessions may be scheduled.

INITIAL

You (the client/parent/legal guardian whose signature appears below) are responsible for related fees arising from missed appointments or “no show” if you have a PPO/HMO commercial health plan, or self-pay account.

INITIAL

Failure to comply with the above conditions may terminate your treatment at HBI.

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 I am receiving at Human Behavior Institute.

Signed: \_\_\_\_\_  
Must be signed by a parent/legal guardian, if recipient is a minor.

Date: \_\_\_\_\_

Print Name of Patient/Recipient: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_



**RECONOCIMIENTO SOBRE CITAS CANCELADAS Y PERDIDAS**

HBI se ha comprometido a proporcionarle tanto a Ud. como a su familia el máximo cuidado en servicios de salud mental y de rehabilitación. En esfuerzo para brindar un excelente servicio al cliente, a **todos** nuestros clientes, y para proporcionar el mejor ambiente terapéutico posible, es nuestra política solicitar que usted asista a tiempo a las citas programadas. Entendemos que ciertas circunstancias puedan surgir y podrían impedirle asistir a su cita, la cual será evaluada caso por caso por el terapeuta. Para reconocer que usted entiende completamente la política de HBI sobre cancelación de cita y "No Presentarse (No Show) ", inicie las siguientes condiciones:

INICIAL

Si el destinatario (paciente) no puede mantener la cita, usted/el padre/tutor DEBE llamar a nuestra oficina para cancelar la cita por lo menos 24 horas antes de su visita o cita programada. Esta cortesía nos permitirá estar al servicio de los demás pacientes.

INICIAL

Un "no asistió" o un "no se presento" se define cuando un cliente no se presenta a su cita y no cancela la cita por lo menos 24 horas antes de la cita que ha sido programada. No se permiten cancelaciones en el mismo día. Cancelaciones hechas el mismo día se consideran como no asistió" o un "no se presento."

INICIAL

Un "no asistió" no es un beneficio cubierto por su plan de seguro. Por lo tanto, si usted tiene un seguro medico comercial, el destinatario/padre/tutor legal cuya firma aparece al final de esta forma se hace responsable de los honorarios correspondientes que surgen cuando la citas se pierden.

INICIAL

Si el destinatario no asiste a un total de 2 sesiones "no asistió", todas las demás citas programadas serán canceladas. El destinatario/padre/tutor debe justificar las razones por las cuales no pudo presentarse a las sesiones programadas con su terapeuta antes de programar sesiones adicionales.

INICIAL

Si el destinatario cancela un total de 2 sesiones "consecutivas", aunque el destinatario/padre/tutor diera amplios avisos a HBI, pero no cambia la fecha, luego, todas las nuevas citas programadas serán canceladas. El destinatario/padre/tutor debe justificar las razones para cancelar las citas con su terapeuta antes de programar sesiones adicionales.

INICIAL

El incumplimiento de las condiciones anteriores podrá dar por terminado su tratamiento en HBI.

Yo, \_\_\_\_\_, ESCRIBA SU NOMBRE,  Destinatario/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 destinatario es menor de edad.*

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Escriba el nombre del  
Paciente/Destinatario: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_