



---

## Acuerdo Financiero

---

**Nombre:**

**Fecha de Nacimiento:**

**Tarifa**

Las tarifas en Old Mill Center se basan en la duración y el tipo de tratamiento. Usted será responsable de los cargos no cubiertos. Las tarifas están disponibles bajo petición.

**Formas de Pago**

Los métodos de pago incluyen efectivo, tarjeta de crédito y cheques. No podemos proporcionar cambios al hacer un pago en efectivo. Por lo tanto, cualquier exceso de pago se aplicará a su cuenta para uso futuro.

**Seguro**

El seguro de salud es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Entiendo que no hay garantía de pago de ninguna compañía de seguros u otro pagador. Estoy de acuerdo en pagar todos los cargos por los servicios prestados por Old Mill Center para Niños y Familias que no son pagados por mi seguro de salud u otro pagador. Todos los cargos son debidos y pagaderos cuando recibo la factura. Si el pago no se realiza dentro de los 90 días a partir de la fecha en que se envió la factura del Old Mill Center for Children and Families, entiendo que se puede agregar a mi factura un cargo por tardanza con una tasa de interés del 18%. Acepto pagar todos los gastos legales razonables necesarios para el cobro de cualquier deuda. Entiendo que cualquier crédito o reembolso que se me deba se enviará a la dirección registrada en Old Mill Center for Children and Families.

**Requisitos de Autorización Previa**

Acepto la responsabilidad de obtener todas las referencias o autorizaciones previas y cumplir con todos los requisitos de cualquier seguro o plan de cobertura médica ya que dependo de la cobertura médica para los cargos de parte de Old Mill Center for Children and Families.

**Asignación de Pago Directo**

Autorizo que el pago de cualquier beneficio de seguro (incluido el seguro de automóvil y el seguro de salud) por servicios o bienes de atención médica se puede hacer directamente al Old Mill Center for Children and Families.

**Cancelaciones y Ausencias**

La expectativa de Old Mill Center es que los clientes cancelaran o reprogramaran sus citas con 24 horas de anticipación. Old Mill Center hará el mejor esfuerzo para programar al cliente en la próxima cita disponible.

**Soy financieramente responsable de esta cuenta con Old Mill Center y acepto los términos anteriores.**

---

Firma del Cliente o Persona Responsable

Nombre (en letra de imprenta):

---

Relación hacia el Individuo Por que el/la Cliente No Puede Firmar

Fecha

---

Testigo

Fecha

Me han ofrecido una copia de este acuerdo (iniciales del paciente) \_\_\_\_\_