



NOTICE—NEW PATIENT DEPOSIT FOR INTAKE APPOINTMENT

This fee is for patients who are not able or not willing to present in the clinic on designated days/hours for walk-in services as a new patient. It is also for patients desiring buprenorphine who prefer to have new patient processing without being in persistent mild to moderate withdrawal related to opioid use. This patient fee is intended to encourage new patients to keep their obligation of committing to enroll in the recovery program since clinic resources are reserved in advance for this purpose. A missed appointment may mean that another person cannot receive needed clinical services when he/she needs them since time and staff are reserved to provide you quality care when you make an appointment.

Date Client made appointment deposit: _____

Staff receiving deposit: _____

Payment Type: Cash _____ Credit Card _____

Receipt Number for \$70 deposit: # _____

_____ Client Initials ***I understand that this retainer fee is a non-refundable deposit if my appointment is not kept. If appointment is kept, deposit will be refunded if the patient has insurance that covers the new patient intake fee of \$140. If the appointment is kept and the patient is self pay (no insurance), it will be applied to the total intake fee of \$140.***

Date/Client Signature: _____

Date of appointment: _____

Status/Disposition of appointment: KEPT MISSED

Date/Client Signature received refund: _____

Refund Information: _____

Staff providing/processing refund: _____



AVISO—DEPÓSITO DE NUEVO PACIENTE PARA ARREGLAR UNA CITA INICIAL

Esta tarifa es para los pacientes que no son capaces o no están dispuestos a presentarse en la clínica en los días/horas designados para servicios ambulatorios sin cita previa como un nuevo paciente. También es para los pacientes que desean la buprenorfina que prefieren tener un nuevo tratamiento del paciente sin estar en un retiro persistente leve a moderado relacionado con el uso de opioides. Este honorario del paciente se piensa para animar a nuevos pacientes para guardar su obligación de comprometerse a alistarse en el programa de la recuperación puesto que los recursos de la clínica se reservan por adelantado para este propósito. Una cita perdida puede significar que otra persona no puede recibir los servicios clínicos necesarios cuando él/ella los necesita ya que el tiempo y el personal están reservados para brindarle atención de calidad cuando haga usted una cita.

Fecha en que el cliente hizo el depósito por cita: _____

Personal que recibe el depósito: _____

Tipo de pago: Efectivo _____ Tarjeta de crédito: _____

Número de recibo por depósito de \$70: # _____

_____ Iniciales del Cliente **Comprendo que esta cuota de retención es un depósito no reembolsable si mi cita no se mantiene. Si se mantiene la cita, el depósito será reembolsado si el paciente tiene un seguro de salud que cubre la tarifa de \$ 140 de ingresar. Si se mantiene la cita y el paciente paga por sí mismo (sin seguro), se aplicará a la tasa de ingreso total de \$140.**

Fecha / Firma del Cliente: _____

Fecha de la Cita: _____

Estado / Disposición de la Cita: COMPLIDA PERDIDA

Fecha / Firma del Cliente Recibió Reembolso:

Información de Reembolso:

Personal que proporciona / procesa el reembolso:
