

FORMULARIO DE INGRESO DE CLIENTE

Tome en cuenta que: La información que solicitamos se utiliza para proporcionar información demográfica con fines de propuesta de subvención y de presentación de informes. Nunca se utilizará en conexión con su nombre o compartida con otro individuo o agencia. No será compartido con su practicante o maestro de Common Ground. Siempre tendrá una conversación con usted antes de comenzar cualquier clase o tratamiento preguntando si tiene alguna preocupación o necesidad particular.

Nombre:	Cumpleaños:
Dirección:	
Ciudad/Estado/Código Postal:	
Correo Electrónico:	
Número de Teléfono Preferido:	Número de Teléfono Alternativo:
Empleador:	

1. Sexo: _____

2. Raza/Etnia: _____

3. Situación Militar: Soy veterano Estoy de servicio activo en la militaría

4. ¿En dónde vive?

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ciudad de Charlottesville | <input type="checkbox"/> Condado de Albemarle | <input type="checkbox"/> Condado de Louisa | <input type="checkbox"/> Otro -Virginia |
| <input type="checkbox"/> Condado de Fluvanna | <input type="checkbox"/> Condado de Nelson | <input type="checkbox"/> Condado de Greene | <input type="checkbox"/> Fuera de Virginia |

5. ¿Cómo escucho de Common Ground?: (marque todo lo que aplique)

- | | | |
|---|--|---------------|
| <input type="checkbox"/> El Radio | <input type="checkbox"/> Médico | Nombre: _____ |
| <input type="checkbox"/> Facebook | <input type="checkbox"/> Director de CG | Nombre: _____ |
| <input type="checkbox"/> Búsqueda de Internet | <input type="checkbox"/> Empleado de CG | Nombre: _____ |
| <input type="checkbox"/> Anuncio Donde? _____ | <input type="checkbox"/> Organización Sin Fin de Lucro | Nombre: _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro Especifique: _____ | <input type="checkbox"/> Amigo/Miembro Familiar | Nombre: _____ |

6. Tiene usted cualquier de lo siguiente:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Afección respiratoria (asma, EPOC, enfermedad pulmonar) | <input type="checkbox"/> Depresión o ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Condición circulatoria (presión alta, enfermedad del corazón o riñón, coágulos) | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Dolor crónico del cuello o de la espalda | <input type="checkbox"/> Diabetes |

7. Por favor califique su nivel de estrés general: (Por favor circule uno)

- | | | | | |
|------|--------------------|----------|------------------|------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| bajo | menos del promedio | promedio | mas del promedio | alta |

8. Gracias por usar nuestros servicios. Si está interesado en apoyar Common Ground de otras maneras, por favor díganos cómo:

- Voluntario \$5 Donar Mensual \$10 Donar Mensual Traiga nuestros servicios a su lugar de trabajo

Traiga a un amigo a un terreno común Otro: _____



Common Ground Healing Arts es una organización sin fines de lucro y nuestra misión es hacer que nuestros servicios de bienestar sean accesibles para todos. Nuestro masaje y acupuntura operan con cita previa; Por lo tanto, las cancelaciones de última hora y las citas perdidas pueden tener un gran impacto en nuestros ingresos y en los de nuestros profesionales. Nos esforzamos por ser flexibles y acomodar a sus necesidades; Como tal, le pedimos que esté atento a los objetivos de sostenibilidad de nuestra organización sin fines de lucro al reservar citas. Con el fin de continuar ofreciendo asequibles de acupuntura y masaje que tenemos que mantener nuestras ranuras de cita llena. Las citas perdidas y / o cancelaciones tardías afectan nuestra capacidad de hacerlo.

POLÍTICA FINANCIERA

Common Ground opera en una escala móvil basada en los ingresos de su hogar. La solicitud de escala móvil está disponible en nuestro sitio web y en nuestra oficina. Actualmente, nuestras ofrendas de meditación están basadas en donaciones.

El pago se espera en el momento del servicio. Se aceptan efectivo, cheques y tarjetas de crédito. Nuestra tarifa de cheque devuelto es de \$ 25.

No cobramos seguro ni proporcionamos información a las compañías de seguros. Si necesita un recibo para someterse a su plan de seguro / flex, solicite un recibo en la compra.

POLÍTICA TARDÍA

Por favor llegue 15 minutos antes para su primera cita y unos minutos antes para citas posteriores para permitir registrarse sin estrés, cambiar de ropa y / o un poco de tiempo de descompresión antes del tratamiento. La tardanza provoca una reacción en cadena y queremos que obtengas la mayor felicidad por tu dinero.

Entendemos la imprevisibilidad del tráfico, el clima y la vida, por lo que haremos todo lo posible para adaptarnos a usted, siempre y cuando no afecte el flujo de nuestros profesionales y otros clientes. Si podemos apretarlo, su tratamiento puede necesitar ser cortado. Si llega con más de 10 minutos de retraso y no podemos acomodarle, se considerará una cita perdida.

NOTIFICACIONES Y POLÍTICA DE CANCELACIÓN

Esperamos que no tenga que cancelar su cita. Hacemos todo lo posible para satisfacer sus necesidades de planificación y solicitar que se adhieran a nuestra política de cancelación. En el respeto a nuestra intención de ofrecer atención de salud de alta calidad a precios asequibles, pedimos amablemente un aviso de 24 horas si es necesario cancelar o reprogramar una cita.

Todas las citas que sean reprogramadas o canceladas con menos de 24 horas de anticipación, o las citas que se pierden, se cobrará el precio de la sesión programada.

Pedimos que esta cuota sea pagada dentro de una semana de la cita perdida o cancelada tarde.

Agradecemos mucho su comprensión de nuestra necesidad de aplicar esta política, lo que nos ayuda a seguir sirviendo a nuestra comunidad con servicios de salud de alta calidad y asequibles.

Acepto las políticas anteriores:

Nombre (por favor imprima)

Firma

Fecha