



PAGO CON TARJETA DE CRÉDITO – AUTOPAGO

Nombre del paciente

Fecha

EXENCIÓN DE SEGURO Y ACUERDO DE AUTOPAGO

He seleccionado no usar mi seguro para mis sesiones de asesoramiento, y entiendo que optar por no usar mi seguro significa que debo pagar de mi bolsillo por las sesiones de asesoramiento.

Nombre del Paciente

Fecha

Firma del Paciente

Fecha

INFORMACIÓN DE LA TARJETA DE CRÉDITO	
Nombre del Titular:	
Número de Tarjeta:	
Fecha de Caducidad:	(CVV)
Código Postal:	
<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> Discover
<input type="checkbox"/> American Express	<input type="checkbox"/> Mastercard
<input type="checkbox"/> Other	

INFORMACIÓN DE LA TARJETA DE CAJERO AUTOMÁTICO (ATM)		
Nombre del Titular:		
Número de Tarjeta:		
Fecha de Caducidad:	(CVV)	
Código Postal:		
<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> American Express	<input type="checkbox"/> Mastercard
<input type="checkbox"/> Discover	<input type="checkbox"/> Other	

NO APLICA

INCLUYA UNA COPIA (ANVERSO Y REVERSO) de la TARJETA DE CREDITO/ATM E IDENTIFICACIÓN

El presupuesto de Buena Fe está disponible a pedido***