

## Formulario de Autorizacion de Cobros por Tarjeta de Credito

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_  
*Apellido* *Nombre* *Segundo Nombre*

Nombre de la persona a la cual la tarjeta de credito esta registrada (si diferente al cliente):

\_\_\_\_\_  
*Apellido* *Nombre* *Segundo Nombre*

Yo autorizo por este medio a *Pediatric Psychology Associates* para procesar cobros por tarjeta de credito para servicios solicitados (por favor marque la opcion correspondiente):

\_\_\_\_\_ Esta visita solamente, por el total de \$ \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_ Cargos relacionados a servicios proveidos desde la fecha \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ hasta  
\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_, con los honorarios de \$ \_\_\_\_\_ por hora.

\_\_\_\_\_ Cargos relacionados a una evaluacion psicologica, por un total de \$ \_\_\_\_\_, de los  
cuales se cobraran \$ \_\_\_\_\_ durante la consulta inicial, \$ \_\_\_\_\_ durante la  
primera sesion de evaluacion, y \$ \_\_\_\_\_ durante la ultima sesion de evaluacion.

\_\_\_\_\_ Cobros de balances en mi cuenta sobre pasando 30 dias.

Tipo de Tarjeta de Credito:  Visa  MasterCard  American Express

Numero de Tarjeta de Credito: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, Codigo CVV: \_\_\_\_\_

Fecha de Expiracion: \_\_\_\_\_

Direccion:

\_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Codigo Postal

\_\_\_\_\_  
Firma Fecha

