



## Formulario de autorización de la tarjeta de crédito

Por favor complete la siguiente información. Este formulario se almacenará de forma segura en su expediente clínico y puede actualizarse a pedido en cualquier momento.

Autorizo a Family Perspectives, LLC, a cargar mi tarjeta de crédito/débito/HSA por servicios profesionales de la siguiente manera:

Escriba sus iniciales en cada uno de los siguientes, excepto en la primera oración, a menos que corresponda:

\_\_\_\_\_ Cobros por servicios en las cantidades que se muestran en el consentimiento para tratar

\_\_\_\_\_ \$75 por telesalud o tarifa de sesión completa para cancelaciones de citas en persona con menos de 24 horas de anticipación.

\_\_\_\_\_ Citas individuales Elijo pagar con tarjeta de crédito.

\_\_\_\_\_ Entiendo que mi tarjeta será cargada por cheques devueltos por el monto del cheque más \$35 por cheque.

\_\_\_\_\_ Saldos de cargos no pagados, incluidas las tarifas incurridas en el tratamiento por teléfono o Internet sin pago prestado durante 7 días.

\_\_\_\_\_ No disputaré los cargos por las sesiones que he recibido, las citas a las que me he perdido o los cargos adeudados a cheques sin fondos.

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a Family Perspectives, LLC a facturar mi tarjeta de crédito en caso de que se produzca cualquier escenario apropiado indicado anteriormente.

Los cargos aparecerán en el extracto de su tarjeta de crédito como familyperspectives@gmail.com 480-277-0049

Tipo de tarjeta (circule uno): Visa MasterCard Discover American Express

**Tarjeta #:** \_\_\_\_\_

**Fecha de caducidad:** \_\_\_\_\_

**Nombre impreso en la tarjeta:** \_\_\_\_\_

Verificación/Código de seguridad (código de 3 dígitos en el reverso junto a la línea de la firma: MC/Visa/Discover; código arriba del número de tarjeta, lado superior derecho: AmEx): \_\_\_\_\_

Dirección de Envío: \_\_\_\_\_  
(Calle, Ciudad, Estado y Código Postal)

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_