

**BETHEL OLENTANGY PSYCHOLOGICAL SERVICES**  
**An Association of Independent Practitioners**  
4949 Olentangy River Road Columbus, OH 43214  
Teléfono: (614) 451-6606 / Texto (614) 450-2927  
admin@bethelolentangy.com

Información del Cliente

**A nuestros clientes:** Bienvenidos a nuestra oficina. A continuación, encontrará información sobre honorarios, facturación, políticas de la oficina y otros procedimientos. Si tiene preguntas o inquietudes adicionales que no se abordan en este paquete, consulte con su terapeuta o con el personal administrativo.

**Citas y Honorarios:** (\*Los honorarios son por cita)

|                                                                                                                   |                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Primeras citas de 1 a 3, Evaluación (53-60 minutos)_____                                                          | \$ 290.00            |
| Paciente Establecido, Individuo (53-60 minutos – reclamos de seguro)_____                                         | \$ 250.00            |
| Paciente Establecido, Individuo (38-52 minutos)_____                                                              | \$ 190.00            |
| Terapia para familia o parejas (45 minutos)_____                                                                  | \$ 205.00            |
| Paciente Establecido, Individuo (16-37 minutos)_____                                                              | \$ 125.00            |
| Citas no Canceladas (Ver Política de Cancelación)_____                                                            | \$ 190.00            |
| Prueba Psicológica (45-minutos por sesión)_____                                                                   | \$ 205.00            |
| (Los honorarios se basan en el tiempo dedicado a administración, calificación, interpretación y redacción)        | \$ 6.00 /minuto      |
| Formularios de valoración para evaluaciones (formularios con un precio de hasta)_____                             | \$ 15.00 /formulario |
| Llamadas telefónicas o correos electrónicos de más de 5 minutos (al cliente o la familia)_____                    | \$ 5.00 /minuto      |
| Llamadas telefónicas o correos electrónicos para cualquier asunto relacionado con la corte_____                   | \$ 7.00 /minuto      |
| Cartas, informes formales, tiempo en transporte para servicios "fuera de la oficina"_____                         | \$ 7.00 /minuto      |
| Testificar en la corte, deposiciones y trabajos relacionados con la corte incluyendo el tiempo de transporte_____ | \$ 400.00 /hora      |
| (Pago completo por adelantado incluso si es citado o llamado por un tercero)                                      |                      |
| Entrenamiento para ejecutivos, consultoría, mediación (no facturable al seguro)_____                              | \$ 270.00            |

**Facturación:**

- El pago debe hacerse en el momento que se prestan los servicios. Se requiere que todos los pacientes tengan registrado la forma de pago en la oficina.
- Nuestra oficina verifica los beneficios del seguro y factura a las compañías de seguros como cortesía para el cliente. La verificación de beneficios no es una garantía de cobertura o reembolso. En última instancia es la responsabilidad del cliente conocer su póliza y pagar la totalidad de cualquier parte de los servicios que el seguro no cubra.
- Tenga en cuenta que hay un cargo de \$45.00 por cheques devueltos.

**Política de Cancelación:**

- Se requiere avisar con 24 horas (un día hábil) de antelación para cancelar una cita. Cancelaciones hechas con menos de 24 horas de aviso o el hecho de no presentarse a la cita, están sujetas a un cargo de \$190.00 el cual no es facturable al seguro.
- Las citas para los lunes deben cancelarse hasta el medio día los viernes y las citas programadas para después de un día feriado deben cancelarse antes del medio día del día hábil anterior.

\_\_\_\_\_ Iniciales (Acepto política/procedimiento)

**Después de horario laboral/Emergencias:**

- Los mensajes de voz que se dejan después del horario laboral, los fines de semana o durante días festivos se contestarán al día siguiente.
- En situaciones que no se pueda esperar hasta cuando la oficina abra, los teléfonos de los psicólogos en turno se anuncian en el mensaje de voz de la oficina.
- Si se encuentra en peligro llame al 911 o dirijase al centro de urgencia más cercano.

**Confidencialidad:**

- La información compartida durante la terapia es confidencial y no se compartirá sin la aprobación del cliente. Solamente se hará bajo las siguientes condiciones:
  - El cliente presenta condiciones de suicidio.
  - El cliente está amenazando hacerle daño a otra persona.

En estos casos, el terapeuta está legalmente obligado a proteger al cliente y a otros y por lo tanto se puede quebrar la confidencialidad.

- La información del tratamiento se divulgará a la empresa de seguros del cliente para que cancelen los servicios prestados.
- La confidencialidad con relación a adolescentes y niños se conversará con sus padres para aclarar sus derechos y la de los padres.
- La confidencialidad de las parejas y sus familias se conversará con el terapeuta.
- Se puede firmar el Formulario General de Divulgación para que el terapeuta pueda comunicarse con otros miembros de la familia, médicos y las personas que el cliente escoja.

**La Norma de Privacidad de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA):**

Esta oficina practica y cumple con todas las políticas y procedimientos delineados por HIPAA. Una copia de las políticas de HIPPA está disponible para el cliente si se solicita.

**Ética y Estándares Profesionales:**

Como psicólogos autorizados por el estado de Ohio y como miembros de la Asociación Estadounidense de Psicología de Ohio, nos comprometemos con respetar y defender los estándares éticos posibles. Aceptamos la responsabilidad por las consecuencias de nuestros actos y hacemos todo lo posible para proteger el bienestar de nuestros clientes y garantizar que nuestros servicios se utilicen apropiadamente.

**Liberación de Responsabilidad:**

El cliente libera al terapeuta de responsabilidad de su asesoramiento/cuidado dentro de una semana de una cita perdida o al cancelar una cita sin reprogramar.

**Clientes que se Ausentan:**

- Los clientes que se ausentan de la terapia por más de tres meses se consideran clientes que regresan y se les facturará como clientes nuevos.
- Los clientes que se ausentan de la terapia por más de un año tendrán que llenar la documentación de nuevo.
- Clientes con saldos pendientes que quieran regresar a la práctica no se les dará una cita hasta que no cancelen lo adeudado.

\_\_\_\_\_ Iniciales (Acepto política/procedimiento)

## Información del Paciente

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Celular \_\_\_\_\_ Tel. Residencia \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Contacto en caso de emergencia \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Celular \_\_\_\_\_ Tel. Residencia \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo \_\_\_\_\_

Al firmar a continuación, acepto lo siguiente:

- ✓ *He leído, entiendo y acepto las políticas y procedimientos de las oficinas de Servicios Psicológicos de Bethel Olentangy tal como se describe anteriormente.*
- ✓ *Reconozco y entiendo que el psicólogo que me trata es un contratista independiente y es el único responsable de mi tratamiento y cuidado.*
- ✓ *He leído o recibido una copia del Formulario de Notificación de HIPAA.*

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## Referencias Profesionales:

En nuestra oficina enviamos tarjetas de agradecimiento por las referencias de fuentes profesionales (a médicos y otros profesionales). Por favor díganos a continuación quién lo refirió a nuestra práctica y si nos permite enviar una tarjeta de agradecimiento.

¿A quién le agradecemos por la referencia? \_\_\_\_\_

¿Le podemos enviar una tarjeta de agradecimiento? Sí ☐ NO ☐

## BETHEL OLENTANGY PSYCHOLOGICAL SERVICES

*An Association of Independent Practitioners*

4949 Olentangy River Road Columbus, OH 43214

Teléfono: (614) 451-6606 / Texto: (614) 450-2927

admin@bethelolentangy.com

### Cuestionario de Preocupaciones

Nombre y Apellido del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Por favor seleccione de esta lista lo que le preocupa:**

|                          |                                                                      |                          |                                                                                     |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Abuso de alcohol o drogas                                            | <input type="checkbox"/> | Soledad o Nostalgia                                                                 |
| <input type="checkbox"/> | Ansiedad, miedos o preocupaciones                                    | <input type="checkbox"/> | Experiencias de combates militar o en zonas de guerra                               |
| <input type="checkbox"/> | Manejo de la ira (sentimientos de enojo, irritabilidad u hostilidad) | <input type="checkbox"/> | Consumo de alcohol o drogas por parte de los padres                                 |
| <input type="checkbox"/> | Problemas de atención o concentración                                | <input type="checkbox"/> | Agresión física                                                                     |
| <input type="checkbox"/> | Preocupación de como luce                                            | <input type="checkbox"/> | Estrés físico (dolores de cabeza, dolores estomacales, tensión muscular)            |
| <input type="checkbox"/> | Abuso infantil (físico/sexual)                                       | <input type="checkbox"/> | Procrastinación y/o falta de motivación                                             |
| <input type="checkbox"/> | Compulsiones                                                         | <input type="checkbox"/> | Preocupaciones por la identidad racial                                              |
| <input type="checkbox"/> | Enfermedad crónica (diagnostico propio o de un ser querido)          | <input type="checkbox"/> | Relación con un amigo/amiga o con un compañero/compañera de cuarto                  |
| <input type="checkbox"/> | Decisión sobre carrera profesional o el futuro académico             | <input type="checkbox"/> | Relación con los padres o la familia                                                |
| <input type="checkbox"/> | Depresión                                                            | <input type="checkbox"/> | Relación con una pareja romántica                                                   |
| <input type="checkbox"/> | Violencia doméstica y/o de pareja                                    | <input type="checkbox"/> | Autoestima o autoconfianza                                                          |
| <input type="checkbox"/> | Abuso emocional en una relación pasada o actual                      | <input type="checkbox"/> | Problema sexual                                                                     |
| <input type="checkbox"/> | Alimentación emocional                                               | <input type="checkbox"/> | Violencia sexual (experiencia sexual no deseada, violación, agresión sexual, abuso) |
| <input type="checkbox"/> | Ruptura de relación o un divorcio                                    | <input type="checkbox"/> | Timidez o dificultad para ser asertivo/a                                            |
| <input type="checkbox"/> | Experiencia de discriminación                                        | <input type="checkbox"/> | Problemas de sueño                                                                  |
| <input type="checkbox"/> | Problemas con los padres y/o los hermanos                            | <input type="checkbox"/> | Sentimientos o conductas suicidas, autolesiones o cortarse                          |
| <input type="checkbox"/> | Preocupaciones relacionadas por gay/lesbiana/bisexual/transgénero    | <input type="checkbox"/> | Ansiedad ante exámenes, al hablar en público o ante el desempeño                    |
| <input type="checkbox"/> | Problemas Interpersonales en general                                 | <input type="checkbox"/> | Problemas de control del peso o trastornos alimenticios                             |
| <input type="checkbox"/> | Pena/Duelo                                                           | <input type="checkbox"/> | Estrés laboral                                                                      |
| <input type="checkbox"/> | Problemas legales                                                    | <input type="checkbox"/> |                                                                                     |

Qué otra información desea compartir con su terapeuta:

## BETHEL OLENTANGY PSYCHOLOGICAL SERVICES

*An Association of Independent Practitioners*

4949 Olentangy River Road Columbus, OH 43214

Teléfono: (614) 451-6606 / Texto: (614) 450-2927

admin@bethelolentangy.com

### MEDICINAS

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

***Incluya todas las medicinas que esté tomando ahora:***

| Nombre de la medicina | Dosis | Frecuencia |
|-----------------------|-------|------------|
|                       |       |            |
|                       |       |            |
|                       |       |            |
|                       |       |            |
|                       |       |            |
|                       |       |            |
|                       |       |            |
|                       |       |            |
|                       |       |            |
|                       |       |            |
|                       |       |            |
|                       |       |            |
|                       |       |            |
|                       |       |            |
|                       |       |            |

## BETHEL OLENTANGY PSYCHOLOGICAL SERVICES

*An Association of Independent Practitioners*

4949 Olentangy River Road Columbus, OH 43214

Teléfono: (614) 451-6606

Texto: (614) 450-2927

Email: admin@bethelolentangy.com

### POLÍTICA DE COMUNICACIÓN

**Por favor seleccione cómo nos comunicamos con usted:**

#### Correo Electrónico

Sí ☐ No ☐

#### Mensajes de Texto:

Sí ☐ No ☐

#### \*Recordatorio (aviso) Automático de Citas Vía Mensajes de Texto

Sí ☐ No ☐

Empresa de Teléfonos (VZW, AT&T, etc.) \_\_\_\_\_

\*Los recordatorios de texto se envían como una cortesía. El cliente es el último responsable de estar pendiente de su cita.

- Nuestros clientes pueden comunicarse con la oficina por teléfono, correo electrónico o texto. Ofrecemos correo de voz confidencial y correo electrónico compatible con HIPAA, así que infórmenos si desea utilizarlos, de lo contrario las comunicaciones electrónicas serán en formato no codificado. No podemos garantizar las comunicaciones electrónicas que no sean codificadas y usted acepta cualquier falta de confidencialidad cuando ninguno de estos métodos no se usan.
- Si solo desea utilizar **comunicaciones electrónicas codificadas** por favor ponga sus iniciales aquí: \_\_\_\_\_
- Nuestros psicólogos y personal de la oficina no se conectan o comunican con nuestros clientes en ningún tipo de redes sociales. Esto mantiene límites claros y apropiados dentro de la relación terapéutica durante la terapia y después de ésta en dado caso que el paciente decida regresar al tratamiento en el futuro.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

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

(Si corresponde)

Firma del Padre o Representante: \_\_\_\_\_

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

(Si corresponde)

## BETHEL OLENTANGY PSYCHOLOGICAL SERVICES

*An Association of Independent Practitioners*

4949 Olentangy River Road Columbus, OH 43214

Teléfono: (614) 451-6606 / Texto: (614) 450- 2927

admin@bethelolentangy.com

### SEGURO

#### **Elija una de las siguientes opciones**

1. ☐ **Elijo pagar por cada consulta y no facturarle al seguro:**

*Si usted elije que su terapeuta no le envíe ninguna información a su seguro, entonces seleccione esta opción antes de cada sesión y cáncélela en su totalidad. Al seleccionar esta opción su seguro no recibirá ningún informe. Aunque las empresas de seguros proclaman mantener confidencialidad por lo general pasan la información a un banco de datos que podría afectar su habilidad para obtener otros tipos de seguros.*

2. ☐ **Elijo usar el seguro para cada sesión. He leído y entiendo la siguiente información:**

*Debido a que su terapeuta es un profesional licenciado en salud mental, muchos planes de seguro médico ayudarán a pagar la terapia y otros servicios que él o ella ofrece. Dado a que los seguros de salud son administrados por muchas compañías diferentes, su terapeuta no puede decirle la cobertura de su plan. Por favor, lea el folleto de su plan bajo la cobertura de "Outpatient Psychotherapy" o "Treatment of Mental and Nervous Conditions." O bien, comuníquese con la oficina de su empleador para obtener la información necesaria. Si su seguro médico cubre parte de la consulta, nuestra oficina le ayudará con los formularios de reclamación. Sin embargo, tenga en cuenta que su terapeuta no tuvo ningún papel en la decisión de lo que cubre su seguro. Su empleador o usted (si tiene cobertura individual) decidió qué servicios, si acaso alguno, serán cubiertos y cuánto deberá pagar. Usted es el responsable de verificar su cobertura de seguro, deducibles, tasas de pago, copagos, etc. Su contrato de seguro es entre usted y su compañía de seguros; no es entre su terapeuta y la compañía de seguros, a menos que se haya firmado un acuerdo por separado entre nuestra oficina y su compañía de seguros. Usted es responsable de pagar los honorarios acordados. Si solicita que nuestra oficina le facture a su excónyuge, a un familiar o a una compañía de seguros y no se recibe el pago a tiempo, usted acepta pagar dicho monto. Además, el plan de seguros puede tener normas, límites y procedimientos que deben discutirse, y es posible que su terapeuta no forme parte de su red de proveedores. Por favor, traiga la descripción de servicios de su plan de seguro de salud a una de las primeras reuniones con su terapeuta, para que puedan revisarla y decidir qué hacer. Nuestra oficina, con su consentimiento, puede ofrecerle a la compañía de seguro su información una vez usted firme a continuación que tenemos su permiso. Si nuestra oficina o su terapeuta tiene un contrato con dicha aseguradora, se le proporcionará una factura de los servicios de su terapeuta conforme al acuerdo con el contrato con esa compañía. Si su terapeuta o nuestra oficina no tienen un contrato con dicha aseguradora, se le proporcionará una factura de los servicios su terapeuta que incluirá los códigos estándar de diagnóstico y procedimiento para fines de facturación, las fechas de las sesiones, los cargos y los pagos realizados. Usted puede utilizar esta factura para solicitar el reembolso. Al firmar este formulario, usted acepta asignar cualquier reembolso que reciba de su compañía de seguros a nuestra oficina.*

#### **Política de Información**

Por favor suministre la siguiente información para que nuestra oficina pueda hacer reclamos a su seguro.

Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_

Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Titular: \_\_\_\_\_

Número de Identificación: \_\_\_\_\_ Número de Grupo: \_\_\_\_\_

Si usted NO es el titular de la póliza y desea utilizar su seguro, se le concede el permiso a esta oficina para dialogar asuntos relacionados con el seguro con el titular de la póliza y para enviar reclamos al seguro. La información disponible al titular de la póliza puede incluir fechas del servicio, códigos del diagnóstico y los nombres de los terapeutas.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_  
(Si corresponde)

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

Firma del Padre/Representante \_\_\_\_\_  
(Si corresponde)

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

4949 Olentangy River Road  
Columbus, OH 43214

# Bethel Olentangy

Psychological Services

An association of independent practitioners

(phone) 614.451.6606  
(fax) 614.451.2923

## Consentimiento Informado para Servicios de Telepsicología (es decir, Videoconferencia)

1. Entiendo que debo ser un cliente nuevo o ya establecido que recibe servicios en Bethel Olentangy Psychological Services (BOPS) para ser considerado para sesiones Telepsicología. BOPS realizará evaluaciones iniciales a través de teleconferencia solo cuando el psicólogo(a) decida que es apropiado para el paciente.
2. Entiendo que BOPS está utilizando sesiones de Telepsicología, necesitaré acceso a una conexión de servicio y proteger tanto a los pacientes como al personal de la oficina durante posibles cuarentenas y/o preocupaciones por la seguridad relacionadas con el Coronavirus. Entiendo que las sesiones presenciales se reanudarán regularmente una vez que el Coronavirus se resuelva. Entiendo que existen beneficios y riesgos potenciales en la Telepsicología y las videoconferencias (por ejemplo, limitaciones a la confidencialidad del paciente) que son diferentes a las sesiones presenciales.
3. Entiendo que, para participar en las sesiones de Telepsicología, necesitaré acceso a una conexión de internet segura y confiable en una computadora o dispositivo móvil en un entorno privado. Seré responsable de asegurarme de que la cámara y el micrófono de mi dispositivo sean accesibles para la plataforma "Doxy" utilizada para las sesiones de Telepsicología. Conozco que puedo solicitar una prueba de "configuración" con mi psicólogo(a) para asegurarme de que la tecnología funcione antes de mi sesión programada.
4. Entiendo que, para participar en una sesión de Telepsicología, debo estar ubicado(a) físicamente en el estado de Ohio en el momento de la sesión.
5. Entiendo que será mi responsabilidad garantizar mi privacidad durante la sesión e informarle a mi psicólogo (a) sobre a) ubicación, b) cualquier otra persona que esté en la sala conmigo durante la sesión, y c) una forma en mi terapeuta pueda contratarme perdemos la conexión a internet. Entiendo que mi terapeuta se conectará conmigo desde una sala privada y mantendrá total confidencialidad.
6. Entiendo que, en caso de fallo tecnológico durante la sesión, mi psicólogo(a) y yo podríamos tener que continuar telefónicamente.
7. Entiendo que mi psicólogo(a) puede decidir no ofrecerme sesiones de Telepsicología, o discontinuar las sesiones, si el terapeuta considera que este tipo de sesiones no son apropiadas para mis circunstancias por cualquier motivo.
8. Entiendo que los honorarios típicos por sesión, tal como se indican en el documento general de Consentimiento Informado para el Tratamiento de BOPS, se aplicarán también a las sesiones de Telepsicología. Si estoy utilizando un seguro para pagar por las sesiones, se evitarán las reclamaciones a mi compañía de seguros como de costumbre. Se hará todo lo posible para asegurar de antemano que mi compañía de seguros reembolsará las sesiones de Telepsicología, pero en dado caso de que mi compañía de seguros reembolsará también sesiones de Telepsicología, pero en caso de que posteriormente nieguen las reclamaciones, entiendo que seré responsable de los honorarios. Entiendo que debo tener registrada una tarjeta de crédito antes de realizar una sesión de Telepsicología.
9. Entiendo que todos los demás elementos del documento general de Consentimiento Informado para Tratamiento de BOPS siguen aplicándose, además de estas especificaciones para sesiones de Telepsicología.

Nombre y Apellido del Paciente

Representante Legal Nombre y Apellido (si aplica). Relación con el paciente:

Domicilio del Paciente

Nombre y Apellido y número de teléfono del Contacto de Emergencia

Dirección y número telefónico de la estación de policía más cerca de su domicilio:

Dirección y número telefónico de la sala de emergencia más cerca de su domicilio:

*Entiendo que si me hago un daño o le hago un daño a otros o creo que la Telepsicología ha dejado de reunir mis necesidades, lo conversaré con mi psicólogo(a) o iré a la sala de emergencias más cercana y/o llamo a la estación de policía para que me transporten a la sala de emergencia.*

Nombre y Apellido del Paciente Impreso: \_\_\_\_\_

Firma del Cliente o Padre/Representante (si aplica): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Bethel Olentangy Psychological Services**  
**An Association of Independent Practitioners**  
 4949 Olentangy River Road Columbus, OH 43214  
 Email: admin@bethelolentangy.com  
 Teléfono: (614) 451-6606 / Texto: (614) 450-2927 / Fax: (614) 451-6606

Nombre y Apellido del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del Paciente: \_\_\_\_\_

El titular de la tarjeta acepta el uso de la tarjeta de crédito (que figura a continuación) para los cargos asociados con las citas del cliente mencionado anteriormente en las oficinas de Bethel Olentangy Psychological Services. El titular de la tarjeta entiende que esto puede incluir cargos por citas perdidas y otros cargos que no son facturables al Seguro. Este acuerdo rige hasta cuando nuestras oficinas reciban una comunicación por escrito cancelando este acuerdo. La cancelación no afecta los cargos incurridos anteriormente. Si se han presentado cambios en la información a continuación, acepto informarles a las oficinas inmediatamente.

**Si corresponde:**

Me responsabilizo por el \_\_\_\_\_% de **los gastos médicos de mi hijo/hija**. Acepto mantener actualizada la porción de cualquiera de los gastos de mi hijo(a). Acepto que si mi pareja involucrada en la atención médica de mi hijo(a) no paga su parte de los gastos acumulados en esta oficina, seré responsable y los cargos se pueden cobrar en mi tarjeta. Entiendo Bethel Olentangy Psychological Services requiere el pago por adelantado por los servicios prestados.

|                                                                                                                                                                                        |              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Información de la Tarjeta de Crédito                                                                                                                                                   |              |
| Tarjeta:    Visa <input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> Discover <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> |              |
| Número de la Tarjeta:                                                                                                                                                                  | Expira:      |
| Nombre y Apellido del titular de la tarjeta:                                                                                                                                           | Código CVV : |

Firma del Titular de la Tarjeta \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Paciente \_\_\_\_\_  
*(Si corresponde y el paciente no es el titular de la tarjeta)*

Fecha \_\_\_\_\_

**SOLO PARA EL USO DE LA OFICINA**

Clínico:  
 Formulario revisado por el personal  
 de la oficina:  
 El paciente es menor de 18 años: