



404 W. Boughton Road, Suite A
Bolingbrook, IL 60440

Autorización de tarjeta de crédito

Sólo para uso interno.

Yo, _____, autorizo a Marcia S. Gibson PsyD & Associates, P. C. para mantener mi firma en archivo y para hacer cobros a mi tarjeta de crédito mencionada abajo para:

Todos los copagos y coaseguros que se incurran en cada sesión, si hay alguno.

Todos los saldos de los pacientes (menos de \$250) por los servicios prestados una vez que la reclamación de mi compañía de seguros ha sido procesada.

Yo entiendo que Marcia S. Gibson PsyD & Associates, P. C. me llamara por por teléfono para cualquier saldo que exceda \$250 antes de cobrar a mi tarjeta.

Autorizo cobros recurrentes por servicios prestados para los siguientes miembros de la familia:

Nombre del paciente: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Nombre del paciente: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Nombre del paciente: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Nombre del paciente: _____	Fecha de Nacimiento: _____

Marque uno: Visa _____ Master Card _____ Discover _____

Dirección de facturación: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Número de tarjeta de crédito: _____ Fecha de vencimiento: _____

CVV: _____ (3 números en la parte posterior de la tarjeta)

Firma del titular de la tarjeta: _____ Fecha: _____

Número de contacto preferido por el titular: _____

Tengo el derecho de rescindir de esta autorización en cualquier momento poniéndome en contacto con Marcia S. Gibson PsyD & Associates P. C. al (630) 759-4000.