

**Christopher J. BH. Bauchman, PsyD, LLC**

Licensed Psychologist  
100 Village Square Crossing  
Suite 204  
Palm Beach Gardens, FL 33410

**Acuerdo de Pago**

**Nombre del cliente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Plan de Pago**

**Estoy de acuerdo en que los pagos o co-pagos por servicios deben ser pagados al momento del servicio y la responsabilidad de pago es la mía. Denegación de pago por una compañía de seguros o un tercero no renuncia a mi responsabilidad de pagar.**

\_\_\_ Tengo la intención de pagar la totalidad de la sesión o co-pago en el momento de los servicios con:

efectivo \_\_\_\_\_ tarjeta crédito \_\_\_\_\_ cheque \_\_\_\_\_

Voy a pagar \$ \_\_\_\_\_ para la consultación/primer evaluación y \$ \_\_\_\_\_ por cita de 50-55 minutos.

**Información Tarjeta de Crédito/Banco - Necesario**

**Autorizo Christopher J. BH. Bauchman, Psy.D. cargar esta cuenta para citas cancelados y las citas omitidos:**

**Número De Tarjeta:**

\_\_\_\_\_

V / MC / Discover / American Express

**Fecha de vencimiento (mes / año):** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **3 dígito CID:** \_\_\_\_\_

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

**Firma del titular de la tarjeta:**

\_\_\_\_\_

**Dirección del titular de la tarjeta:**

\_\_\_\_\_

**Firma del Cliente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Declaración de Citas (Escriba sus iniciales)**

\_\_\_ Entiendo que sesiones que pierdo/no me acuerdo o cancelados deberán cobrar a mí cuenta el costo completa.