

# Westside Pediatric Clinic, PC



## AUTORIZACIÓN DE TARJETA DE CRÉDITO

Autorizo a Westside Pediatric Clinic, PC a cargar a la tarjeta de crédito que se indica a continuación cualquier copago pendiente, cargos por visitas adicionales y/o saldos vencidos a 60 días menores de \$100. Para cualquier saldo mayor de \$100, estamos obligados a comunicarnos con usted para acordar los términos de pago.

Esta autorización permanecerá vigente en cada una de las cuentas de mis hijos hasta que dejen de ser pacientes de Westside Pediatric Clinic, PC o hasta que el titular de la tarjeta presente una solicitud por escrito indicando a la clínica que elimine esta autorización.

Por favor, entregue su tarjeta en la recepción para escanearla en nuestro sistema seguro.

VISA MC DIS AMEX

Encierre en un círculo    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_  
Últimos 4 dígitos del número de la tarjeta    Nombre en la tarjeta

\_\_\_\_\_  
Firma del titular de la tarjeta

\_\_\_\_\_  
Fecha de autorización

\_\_\_\_\_  
Correo electrónico del titular para todos los recibos de pago

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Apellido del paciente    Nombre del paciente    Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Apellido del paciente    Nombre del paciente    Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Apellido del paciente    Nombre del paciente    Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Apellido del paciente    Nombre del paciente    Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Apellido del paciente    Nombre del paciente    Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Apellido del paciente    Nombre del paciente    Fecha de nacimiento