

McDermott Counseling

Admisión infantil y adolescente

Nombre del Cliente _____ FDN: / / Sexo: Género Preferido: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Teléfono(casa) : () - _____ Celular (Si niño tiene su propio): () - _____

Correo electrónico: _____

Nombre de la compañía de seguros: _____ ID #: _____ Grupo #: _____

Responda lo siguiente con respecto al ASEGURADO PRINCIPAL: Nombre: _____ FDN: / /

Dirección: _____

NUSS: - - #Teléfono() - _____ Empleador: _____

Nombre de la compañía de seguro secundario _____ ID#: _____ Grupo#: _____

Responda lo siguiente con respect al ASEGURADO SECUNDARIO: Nombre: _____ FDN: / /

Dirección: _____

NUSS: - - #Teléfono () - _____ Empleador: _____

AVISO LEGAL SOBRE SEGUROS: La omisión de proporcionar **toda la información** necesaria sobre el seguro puede ocasionar problemas de facturación. Si surgieran inconvenientes debido a que el paciente no proporcionó a McDermott Counseling la totalidad de la información relativa a su seguro, **la responsabilidad recaerá en el paciente y no con McDermott Counseling**. Es responsabilidad del paciente proporcionar todos los datos de su cobertura de seguro médico. Si no se proporciona la información correcta y las reclamaciones son denegadas, el pago de cualquier saldo pendiente será responsabilidad del paciente.

X

POR FAVOR, CONFRIME QUE HA LEIDO EL DESCARGO DE RESPONSABILIDAD SOBRE EL SEGURO MENCIONADO ANTERIORMENTA

Persona de contacto en caso de emergencia: _____

Relación: _____ Teléfono (casa):() - _____ (celular): () - _____

Razón(es) principal(es) para solicitar servicios: _____

Información Familiar

¿Con quién vive el niño(a) en este momento? _____

¿Están los padres divorciados o separados? _____

En caso afirmativo, ¿quién tiene la custodia legal? _____

¿Existe alguna información significativa sobre la relación de los padres? Yes ☐ No ☐ En caso afirmativo, describa _____

Madre del Cliente

Nombre: _____ Celular: () - _____ FDN: / / Seguro Social#: - -

Educación de la madre: _____ Ocupación: _____ Empleador: _____

Dirección de la madre: _____

¿Hay algo notable, inusual o estresante en la relación del niño con la madre? ☐ Si ☐ No

Si es así, por favor explique: _____

Padre del Cliente Average

Nombre: _____ Celular: () - FDN: / / Seguro Social#: - -

Educación del padre: _____ Ocupación: _____ Empleador: _____

Dirección del padre: _____

¿Hay algo notable, inusual o estresante en la relación del niño con el padre? ☐ Si ☐ No

Si es así, por favor explique: _____

Hermanos del cliente y otras personas que residen en el hogar

Nombre de hermano	Edad	Género	Vive en	Calidad del relación con el niño		
_____		☐ M ☐ H	☐ Casa ☐ Fuera	☐ Pobre	☐ Promedio	☐ Bueno
_____		☐ M ☐ H	☐ Casa ☐ Fuera	☐ Pobre	☐ Promedio	☐ Bueno
_____		☐ M ☐ H	☐ Casa ☐ Fuera	☐ Pobre	☐ Promedio	☐ Bueno
_____		☐ M ☐ H	☐ Casa ☐ Fuera	☐ Pobre	☐ Promedio	☐ Bueno

Otras personas que viven en el hogar (i.e. padrastro, abuelos)	Edad	Relación al niño	Calidad de la Relación		
_____		☐ M ☐ H	☐ Pobre	☐ Promedio	☐ Bueno
_____		☐ M ☐ H	☐ Pobre	☐ Promedio	☐ Bueno
_____		☐ M ☐ H	☐ Pobre	☐ Promedio	☐ Bueno
_____		☐ M ☐ H	☐ Pobre	☐ Promedio	☐ Bueno

Embarazo/Parto

¿Estaba planeado el embarazo con su niño? ☐ Si ☐ No Duración del embarazo: _____

Edad de la madre al Nacimiento del hijo: _____ Edad del padre al nacimiento del hijo: _____

¿Consumió la madre tabaco, drogas, o alcohol durante el embarazo? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, describa: _____

¿Tuvo la madre alguna dificultad médica o emocional durante el embarazo? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, describa: _____

Duración del parto: _____ Indujeron el parto: ☐ Si ☐ No Cesárea? ☐ Si ☐ No Peso al nacer del bebé: _____

Describe cualquier complicación física o emocional relacionada con el parto: _____

Describe cualquier complicación para la madre o el bebé después del parto: _____

Infancia/Pequeños (marque todas las opciones que correspondan)

- | | | | | | |
|--------------------------------------|---|--|--|--|---|
| ☐ Amamantado | ☐ Alergias a la leche | ☐ Vómitos | ☐ Diarrea | ☐ Se resistió a los Alimentos sólidos | ☐ Alimentado con biberón |
| ☐ Erupciones | ☐ Cólico | ☐ Constipación | ☐ No cariñoso | ☐ Lloraba con frecuencia | ☐ Rara vez lloraba |
| ☐ Superactivo | ☐ Dificultad para dormir | ☐ Irritable al ser despertado | ☐ Irritable al ser despertado | | |

Historia del Desarrollo (Por favor, tenga en cuenta la edad a la que tuvieron lugar los siguientes comportamientos)

Se sentó solo: _____ Se vistió solo: _____ Primeros pasos: _____ Ató los Cordones: _____ Pronunció palabras: _____

Montó una bicicleta de dos ruedas: _____ Oraciones habladas: _____ Entrenado parar ir al baño: _____ Destetado: _____

Seco durante el día: _____ Se alimentó a sí mismo: _____ Seco durante la noche: _____ En general, el desarrollo de su hijo fue:

☐ Lento ☐ Promedio ☐ Rápido

Educación

Escuela actual: _____ Grado: _____ Número de teléfono de la escuela: _____

¿En educación especial? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, describa: _____

¿Alguna vez ha repetido curso su hijo? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, describa: _____

¿Qué calificaciones suele recibir el niño en la escuela? _____

¿Ha habido algún cambio reciente en las calificaciones del niño? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, describa: _____

¿Se le han realizado pruebas psicológicas al niño? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, describa: _____

Revise las descripciones que, **a su juicio**, se relacionan específicamente con su hijo:

Sentimientos sobre el trabajo escolar:

☐ Ansioso ☐ Pasivo ☐ Entusiasta ☐ Temeroso ☐ Sin Expersión ☐ Aburrido ☐ Rebelde

☐ Otro (describa): _____

Enfoque hacia el trabajo escolar:

☐ Organizado ☐ Laborioso ☐ Responsable ☐ Interesado ☐ Autodirigido ☐ Sin Iniciativa ☐ Se Niega

☐ Solo hace lo que se espera ☐ Descuidado ☐ Desestructurado ☐ Cooperativo ☐ No completa las tareas

☐ Otro (describa): _____

Rendimiento escolar:

☐ Satisfactoria ☐ Bajo Rendimiento ☐ Exceso de Rendimiento ☐ Otro (describa): _____

Relaciones con los pares del niño:

☐ Espontáneo ☐ Seguidor ☐ Líder ☐ Dificultad para hacer amigos ☐ Hace amigos fácilmente ☐ Amigos de toda vida

☐ Se comparte fácilmente ☐ Otro (describa): _____

Cultural /étnico

¿A qué grupo cultural o étnico, si lo hay, pertenece usted? _____

¿Está experimentando algún problema debido a cuestiones culturales o étnicas? ☐ Yes ☐ No En caso afirmativo, describa: _____

Otra información cultural/étnica: _____

Espiritual/Religioso (respuesta de los padres — con respecto a ustedes y a su familia)

¿Qué tan importantes son para ti los asuntos espirituales? ☐ No ☐ Pequeño ☐ Moderado ☐ Mucho ☐ Actualmente no ejerce

¿Está afiliado a algún grupo espiritual o religioso?? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, nombre y tipo : _____

Ocio/Recreación

Describa las áreas de interés especiales, deportes o pasatiempos que disfruta su hijo. (p. ej., arte, libros, manualidades, actividad física, deportes, actividades al aire libre, actividades religiosas, caminar, hacer ejercicio, dieta/salud, caza, pesca, bolos, actividades escolares, scouts, etc.)

Actividad	¿Con qué frecuencia ahora?	¿Con qué frecuencia en el pasado?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Salud Médica/Física

Enumere cualquier problema de salud actual: _____

Enumere cualquier problema de salud previo desde el nacimiento: _____

Medicamentos recetados actuales	Dosis	Fechas	Médico Prescriptor	Propósito
_____	_____	a _____	_____	_____
_____	_____	a _____	_____	_____
_____	_____	a _____	_____	_____

Medicamentos de venta libre actuales	Dosis	Fechas	Con qué frecuencia	Propósito
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Historial de uso de productos químicos

¿Ha consumido su hijo (que usted sepa) alcohol o drogas alguna vez? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, describa: _____

Asesoramiento / Antecedentes de tratamiento previo

¿Ha recibido el niño alguna vez asesoramiento, terapia o tratamiento psiquiátrico? ☐ Si ☐ No.

Si es así: Nombre y Teléfono del Proveedor: _____ Fechas del tratamiento: _____

Motivo del tratamiento: _____

Enumere las preocupaciones y los cambios significativos en la vida de su hijo

Problemas o inquietudes en las relaciones (describa): _____

Por favor, escriba un 1 delante de los problemas que se enumeran a continuación que sean de *principal* preocupación para usted.

Por favor, escriba un 2 delante de los problemas que se enumeran a continuación y que sean de importancia *secundaria* para usted.

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Cariñoso | ☐ Frustrado Fácilmente | ☐ Triste |
| ☐ Agresivo | ☐ Alucinaciones | ☐ Egoísta |
| ☐ Problema con el alcohol | ☐ Golpearse la cabeza | ☐ Ansiedad por separación |
| ☐ Enojo | ☐ Problemas Cardíacos | ☐ Provoca incendios |
| ☐ Ansiedad | ☐ Indefensión | ☐ Adicción sexual |
| ☐ Apego a las muñecas | ☐ Lastima a los animales | ☐ Acusación sexual |
| ☐ Evita a los adultos | ☐ Amigos imaginarios | ☐ Acciones |
| ☐ Enuresis | ☐ Impulsivo | ☐ Escasa capacidad de atención |
| ☐ Parpadeo, sacudidas | ☐ Irritable | ☐ Tímido |
| ☐ Comportamiento extraño | ☐ Perezoso | ☐ Retirado |
| ☐ Acosadores, amenazas | ☐ Problemas de apredizaje | ☐ Problemas de sueño |
| ☐ Descuidado, imprudente | ☐ Miente con frecuencia | ☐ De movimiento lento |
| ☐ Dolores en el pecho | ☐ Solitario | ☐ Ensuciamiento |
| ☐ Torpe | ☐ Baja autoestima | ☐ Problemas del habla |
| ☐ Desafiante | ☐ Malhumorado | ☐ Dolores de estómago |
| ☐ Depresión | ☐ Pesadillas | ☐ Robos |
| ☐ Destructivo | ☐ Superactivo | ☐ Amenazas de suicidio |
| ☐ Dificultad para hablar | ☐ Obsesionante | ☐ Intentos de suicidio |
| ☐ Trastorno alimentario | ☐ Enfermo frecuente | ☐ Contesta |
| ☐ Masturbación excesiva | ☐ Oposicionista | ☐ Tics o espasmos |
| ☐ Fatiga | ☐ Sobre peso | ☐ Rechinar de dientes |
| ☐ Temeroso | ☐ Ataques de pánico | ☐ Succión del pulgar |
| ☐ Lesiones frecuentes | ☐ Falta de apetito | ☐ Pédida de peso |
| ☐ Espera el fracaso | ☐ Fobias | |

Por favor, describa cualquiera de las inquietudes mencionadas anteriormente: _____

¿Cuáles son sus objetivos para la terapia del niño? _____

Consentimiento para el tratamiento y acuerdo del paciente

Bienvenido a McDermott Counseling. Su terapia constituye una importante colaboración conjunta en la que usted (su hijo y su familia) y su terapeuta trabajarán unidos para comprender los problemas que están experimentando y para explorar las opciones y los obstáculos para resolver dichos problemas. Este documento contiene información sobre nuestros servicios profesionales y nuestras políticas administrativas. Si en algún momento tuviera alguna pregunta al respecto, estaremos encantados de responderla.

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La psicoterapia no resulta fácil de describir mediante afirmaciones generales. Varía en función de numerosos factores, entre ellos las personalidades del paciente y del terapeuta, sus experiencias tempranas, la etapa vital en la que se encuentre y sus objetivos. Existen diversos enfoques que pueden emplearse. La psicoterapia requiere un esfuerzo activo por su parte, así como una relación de trabajo con su terapeuta en la que, de manera conjunta, identifiquemos los problemas que usted y su hijo deseen resolver.

La psicoterapia puede conllevar tanto beneficios como riesgos. Dado que la terapia a menudo implica abordar aspectos difíciles de la vida de su hijo, es posible que este experimente sentimientos incómodos y que usted note, al principio, cambios indeseables en su comportamiento. Esto constituye una parte normal del proceso terapéutico. Es importante que usted evalúe detenidamente si estos riesgos compensan los beneficios que el cambio representa para usted. La mayoría de las personas que asumen estos riesgos descubren que la terapia resulta beneficiosa. Con frecuencia, esta conduce a una reducción significativa de los sentimientos de angustia, a una mejora en las relaciones interpersonales y a la resolución de problemas de conducta específicos.

Sus primeras sesiones implicarán una evaluación de las necesidades de su hijo. Al finalizar la evaluación, su terapeuta podrá ofrecerle unas primeras impresiones sobre lo que abarcará nuestro trabajo, así como un plan de tratamiento y objetivos, en caso de que decida continuar.

Usted tiene derecho a interrumpir el tratamiento en cualquier momento. El proceso de finalización suele ser uno de los momentos más importantes de la terapia. Se recomienda encarecidamente dedicar al menos de tres a cuatro sesiones para trabajar en este proceso de cierre. Asimismo, le solicitamos que trabajemos conjuntamente con los padres para establecer una fecha de finalización antes de que esta se converse con el niño. La finalización es un proceso delicado cuando se trata de niños y debe ser gestionado de manera adecuada por todos nosotros.

CONFIDENCIALIDAD

Con ciertas excepciones específicas que se describen a continuación, usted y su hijo tienen el derecho absoluto a la confidencialidad de la terapia de su hijo. No podemos —ni lo haremos— revelar a ninguna otra persona lo que usted o su hijo nos hayan contado, ni siquiera el hecho de que su hijo se encuentra en terapia con nosotros, sin su permiso previo por escrito. Las siguientes constituyen excepciones legales a su derecho a la confidencialidad. En caso de que se presente alguna de estas situaciones, haremos todo lo posible por tratar el asunto con usted de manera exhaustiva antes de tomar cualquier medida.

- Si sospechamos razonablemente que una persona menor de 18 años o mayor de 65, o una persona con discapacidad, está siendo víctima de abuso o ha sido víctima de abuso, debo presentar un informe ante la agencia estatal correspondiente.
- Si un paciente amenaza con hacerse daño a sí mismo, podríamos vernos obligados a gestionar su hospitalización o a contactar a familiares u otras personas que pueden ayudar a brindarle protección.
- Si un paciente comunica una amenaza grave de violencia física contra una víctima identificable, debemos adoptar medidas de protección, lo que incluye notificar a la víctima potencial y contactar a la policía. También podemos solicitar la hospitalización del paciente o contactar a otras personas que puedan ayudar a proteger a la víctima.
- Puede resultarnos útil consultar ocasionalmente con colegas profesionales acerca de nuestro trabajo. En estas consultas, hacemos todo lo posible por evitar revelar la identidad de nuestro paciente. El consultor también está

legalmente obligado a mantener la confidencialidad de la información. A menos que usted exprese lo contrario, no le informaremos sobre estas consultas, salvo que consideremos que ello es importante para nuestro trabajo conjunto.

- Si usted se encuentra involucrado en un procedimiento judicial y se solicita información sobre los servicios que le hemos brindado a usted y a su hijo, y/o sobre los registros de los mismos, dicha información está protegida por las leyes de privilegio terapeuta-paciente. Cuando se trabaja con menores, el titular de dicho privilegio es el terapeuta (y no el padre o tutor). Por consiguiente, no podemos proporcionar ninguna información sin que medie una orden judicial, un proceso coercitivo (una citación judicial) o una solicitud de revelación de pruebas (Discovery) por parte de otra parte involucrada en el procedimiento judicial, salvo en los casos en que no tengamos fundamentos para oponernos conforme a la ley estatal (o que usted nos haya instruido para no oponernos). Si usted se encuentra involucrado en un litigio, o está considerando iniciar uno, debe consultar con su abogado para determinar si es probable que un tribunal nos ordene revelar información sobre usted o sobre su hijo.

CITAS

Las citas de psicoterapia suelen programarse en sesiones de 45 o 60 minutos. Acordamos reunirnos aquí y ser puntuales. **Las sesiones se programan a la hora en punto y finalizan 15 minutos antes de la hora siguiente o bien a la hora en punto.** Si en alguna ocasión no podemos comenzar a la hora prevista, le pedimos su comprensión y le aseguramos que recibirá el tiempo completo acordado. Si usted llega tarde, es probable que no podamos reunirnos durante el tiempo completo.

POLÍTICA DE CANCELACIÓN

Dado que la programación de una cita implica la reserva de una cantidad considerable de tiempo destinado específicamente a su hijo, se requiere un aviso con un mínimo de **24 horas de antelación para reprogramar o cancelar dicha cita.** **Las compañías de seguros no cubren las citas a las que no se asiste; por lo tanto, se realizará un cargo de \$115 a su tarjeta de crédito si usted no se presenta a su cita o no la cancela dentro del plazo de 24 horas.**

HONORARIOS PROFESIONALES

Su primera sesión consistirá en una evaluación inicial, y su costo es de **\$250**. La tarifa por una sesión de 38 a 45 minutos es de **\$150**. La tarifa por una sesión de 53 a 60 minutos es de **\$185**. **Los honorarios deben abonarse en el momento de cada visita.** Cobramos este monto por otros servicios profesionales que usted pueda requerir; no obstante, desglosaremos el costo por hora si trabajamos durante periodos inferiores a una hora. Otros servicios incluyen la redacción de informes, conversaciones telefónicas (con una duración superior a 5 minutos), la asistencia a reuniones o la consulta con otros profesionales (con su debida autorización), la preparación de expedientes o resúmenes de tratamiento, así como el tiempo invertido en la realización de cualquier otro servicio que usted nos solicite.

A los saldos no pagados dentro de los 30 días posteriores a la fecha de vencimiento se les podrá aplicar un cargo por mora de \$25 mensuales. En caso de que no se abonen los honorarios correspondientes a los servicios prestados, se podrá recurrir a una agencia de cobranza, a la cual se le facilitará la información financiera y de facturación pertinente (excluyendo cualquier información de carácter clínico). En virtud de lo dispuesto en la Sección 1785.27 del Código Civil, queda prohibido a cualquier titular del presente contrato de deuda médica suministrar información alguna relacionada con dicha deuda a una agencia de informes de crédito al consumidor. Además de cualquier otra sanción prevista por la ley, si una persona infringe deliberadamente la mencionada sección al suministrar información relativa a esta deuda a una agencia de informes de crédito al consumidor, dicha deuda se considerará nula e inexigible.

CÓMO CONTACTARNOS

A menudo no estamos disponibles de inmediato por teléfono. Cuando no estamos disponibles, mi teléfono es atendido por el buzón de voz, el cual revisamos con frecuencia. Haremos todo lo posible por devolver su llamada el mismo día en que la realice, con la excepción de las llamadas recibidas durante los fines de semana y días festivos. Si no logra comunicarse con nosotros y considera que no puede esperar a que le devolvamos la llamada, puede contactar a la Línea de Información sobre Salud Mental al (800) 321-1616, a la Línea Nacional de Crisis al (800) 784-2433, a la Línea de Crisis del Condado de Tulare al (559) 733-6877, o al servicio de despacho de emergencias o policía llamando al 911.

BENEFICIOS DEL SEGURO

Usted, como paciente, es responsable de conocer y comprender su propia póliza de seguro y sus beneficios. McDermott Counseling es un proveedor fuera de la red; por lo tanto, no está sujeto a las limitaciones del esquema de tarifas habituales y consuetudinarias de su plan. En caso de que su compañía de seguros no cubra la totalidad de los honorarios, usted será

responsable del saldo restante. McDermott Counseling no se hace responsable de las discrepancias en la información proporcionada sobre los beneficios. Siempre es aconsejable que usted se ponga en contacto con su plan de seguros para confirmar sus beneficios y obtener un número de referencia de dicha llamada.

He leído la información anterior y he tenido la oportunidad de formular preguntas que aclaran las condiciones bajo las cuales doy mi consentimiento para el tratamiento. Otorgo a McDermott Counseling permiso para brindar evaluación y psicoterapia. Soy consciente de que Esmerelda Alvarez, AMFT, es una Asociada en Matrimonio y Familia supervisada por el Dr. Hoehing (Lic. n.º 21474); y de que Isabella Mausser, AMFT, Regina Nieto, AMFT, y Haley Gee, AMFT, son supervisadas por Rachel McDermott (Lic. n.º MFC39944).

Firma del padre / tutor legal # 1

Firma del padre/tutor legal #2

Firma del paciente

Fecha

Acuerdo de Autorización de tarjeta de crédito/Cuenta de ahorro para la salud

Por favor, complete la siguiente información. Este formulario se almacenará de forma segura en su expediente clínico y podrá actualizarse en cualquier momento, previa solicitud.

Yo, _____, Autorizo a McDermott Counseling a utilizar la información de la tarjeta de crédito que figura a continuación para realizar cargos a mi tarjeta en los siguientes casos:

SESIONES: Los honorarios de la sesión se cobrarán el día de la sesión programada (o posteriormente).

SESIONES NO ASISTIDAS: Entiendo que, al programar una cita, ese horario queda reservado exclusivamente para mí y que el seguro no cubrirá el costo de las sesiones a las que no asista. Por lo tanto, entiendo que si cancelo una sesión sin un aviso previo de 24 horas, o si no me presento a la cita, autorizo a McDermott Counseling a cargar el costo de dicha sesión en mi tarjeta de crédito. Entiendo que se me cobrará la tarifa completa de la sesión (y no únicamente mi copago del seguro, en caso de estar utilizando cobertura de seguro).

PAGOS OLVIDADOS: Entiendo que, si no llevo conmigo el pago correspondiente al asistir a una sesión, se procederá a cobrar el monto adeudado.

CHEQUES DEVUELTOS: Si un cheque es devuelto sin pagar, el monto del cheque se cargará a la tarjeta de crédito, más cualquier comisión por devolución de cheques.

TARJETAS DE CUENTA DE AHORROS PARA LA SALUD (HSA): Si poseo una tarjeta de crédito asociada a una cuenta HSA, autorizo a McDermott Counseling a cargar en dicha tarjeta el costo de todos los servicios en el momento de la sesión o posteriormente. Entiendo que las sesiones a las que no asista no podrán ser facturadas a las tarjetas de crédito HSA.

Me comprometo a no disputar los cargos (solicitar una "devolución de cargo" o *chargeback*) ante la compañía de la tarjeta de crédito por las sesiones que haya recibido o por las citas a las que no haya asistido, de conformidad con la política establecida anteriormente.

Entiendo que se cargará automáticamente a mi tarjeta la suma de **\$115** en caso de cancelaciones realizadas con menos de 24 horas de antelación. Asimismo, entiendo que la falta de asistencia a la cita resultará también en un cargo de 115.

X
POR FAVOR, FIRME AQUÍ PARA CONFIRMAR QUE ESTÁ AL TANTO DE NUESTRA POLÍTICA DE CANCELACIÓN DE 24 HORAS.

La información de mi tarjeta de crédito: VISA MC AMEX

Nombre tal como aparece en la tarjeta: _____

Número de Tarjeta de Crédito : _____

Fecha de expiración : _____

Código de seguridad: (3 dígitos en el reverso de la tarjeta; 4 dígitos en el anverso de AmEx): _____

Código: _____

"Certifico que la información de mi tarjeta de crédito, proporcionada anteriormente, es exacta a mi leal saber y entender. Si esta información resultara incorrecta o fraudulenta, o si mi pago fuera rechazado, comprendo que soy responsable de la totalidad del monto adeudado, así como de cualquier interés o costo adicional en que se incurra a consecuencia de dicho rechazo."

Firma: _____ Nombre: _____ Fecha: ____ / ____ / ____