# McDermott Counseling

## Admisión infantil y adolescente

Nomre del Cliente_____ FDN: / / Sexo: Género Preferido: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: Codigo: _____

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 Familar

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

¿Están los padres divorciados o separados? _____

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

¿Existe alguna información significative 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 also notable, inusual o estresante en la relcación del niño con el padre? ☐ Si ☐ No

Si es así, por favor explique:_____

## Hermanos del cliente y ortras 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 del 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 tobacco, drogas, o alcohol durante el embarazo? ☐ Si ☐ No En caso afrimativo, describa :_____

_____

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

_____

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

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

_____

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

_____

## Infancia/Pequeñes (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 afrimativo, 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 afrimativo, 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 afrimativo, describa: _____

_____

## Asesoramiento / Antecedentes de tratamiento previo

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

Si es asi: 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
__ Agresivo
__ Problema con el alcohol
__ Enojo
__ Ansiedad
__ Apego a las muñecas
__ Evita a los adultos
__ Enuresis
__ Parpadeo, sacudidas
__ Comportamiento extraño
__ Acosadores, amenazas
__ Descuidado, imprudente
__ Dolores en el pecho
__ Torpe
___Desafiante
__ Depresión
__ Destructivo
___Dificultad para hablar
__ Trastorno alimentario
___Masturbación excesiva
___Fatiga
__ Temeroso
__ Lesiones frecuentes
__ Espera el fracaso

___ Frustrado Fácilmente
___ Alucinaciones
___ Golpearse la cabeza
___ Problemas Cardíacos
___ Indefensión
___ Lastima a los animales
___ Amigos imaginarios
___ Impulsivo
___ Irritable
___ Perezoso
___ Problemas de apredizaje
___ Miente con frecuencia
___ Solitario
___ Baja autoestima
___ Malhumorado
___ Pesadillas
___ Superactivo
___ Obsesionante
___ Enfermo frecuente
___ Oposicionista
___ Sobre peso
___ Ataques de pánico
___Falta de apetito
___Fobias

___ Triste
___ Egoísta
___ Ansiedad por separación
___ Provoca incendios
___ Adicción sexual
___ Acutación sexual
___ Acciones
___ Escasa capacidad de atención
___ Tímido
___ Retirado
___ Problemas de sueño
___ De movimiento lento
___ Ensuciamiento
___ Problemas del habla
____ Dolores de estómago
___ Robos
___ Amenazas de suicido
___ Intentos de suicido
___ Contesta
___ Tics o espasmos
___ Rechinar de dientes
___ Succión del pulgar
___ Pédida de peso

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 pro 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 litigo, 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, Haley Gee, AMFT, y Kassidy Perez 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 PAGO MEDIANTE TARJETA DE CRÉDITO / HSA

Por favor, complete la información de pago correspondiente que aparece a continuación. Además de una tarjeta HSA, es necesario proporcionar una tarjeta de crédito convencional, ya que los fondos de una cuenta HSA no pueden utilizarse para cubrir cargos por cancelaciones fuera de plazo o por inasistencia. Por su seguridad, no anote el código de seguridad de la tarjeta (CVV/CVC) en este formulario.

**INFORMACIÓN DEL CLIENTE**
**Nombre del cliente:**_____

**Nombre del padre/tutor (si corresponde):** _____

**AUTORIZACIÓN DE PAGO**
**SESIONES Y SALDOS:** Autorizo a McDermott Counseling a realizar el cobro de los pagos correspondientes por los servicios —incluyendo cualquier importe a cargo del cliente, copago, deducible u otro saldo— mediante la tarjeta de pago designada a tal efecto más abajo, en el momento de la sesión programada o con posterioridad a la misma.
**CANCELACIONES TARDÍAS Y AUSENCIAS SIN AVISO:** Entiendo que las citas canceladas con menos de 24 horas de antelación, o aquellas a las que no asista sin previo aviso, conllevan un cargo de $115 por cancelación tardía o ausencia. Comprendo que este cargo es mi responsabilidad, que no está cubierto por el seguro médico y que no puede pagarse con fondos de una cuenta de ahorros para la salud (HSA). Autorizo a McDermott Counseling a realizar el cobro de este importe en la tarjeta de crédito que he proporcionado a continuación.
**PAGOS PENDIENTES:** Autorizo a McDermott Counseling a realizar el cobro, mediante la tarjeta de pago registrada en el archivo, de cualquier importe adeudado que no haya sido abonado al momento de mi sesión.
**CHEQUES DEVUELTOS**: Si un cheque es devuelto sin pago, autorizo a McDermott Counseling a realizar un cargo en la tarjeta de crédito que tengo registrada por el monto adeudado, más cualquier comisión aplicable por cheque devuelto.
**TARJETAS HSA:** Autorizo a McDermott Counseling a realizar cargos en mi tarjeta HSA únicamente por servicios elegibles, durante o después de la sesión. Comprendo que los cargos por cancelación fuera de plazo o por inasistencia no constituyen gastos elegibles para una cuenta HSA, por lo que se cobrarán a la tarjeta de crédito habitual que proporciono a continuación.

**INFORMACIÓN SOBRE LA TARJETA HSA: SOLO PARA SERVICIOS ELEGIBLES**

**Nombre del titular de la tarjeta:** _____

**Número de tarjeta HSA:** _____

**Fecha de caducidad (MM/AA):** _____ **Código postal:** _____

**INFORMACIÓN DE TARJETA DE CRÉDITO — REQUERIDA PARA CARGOS POR CANCELACIÓN TARDÍA O POR NO PRESENTARSE (NO-SHOW) Nombre del titular de la tarjeta:**
_____

**Tipo de tarjeta:** ☐Visa ☒Mastercard ☐American Express ☐ Discover
**Fecha de caducidad (MM/AA):** _____ **Código postal:** _____

**RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DEL CLIENTE:** Al firmar a continuación, reconozco haber leído y comprendido la política completa de cancelación con 24 horas de antelación de McDermott Counseling, y autorizo los cargos descritos en este acuerdo. Entiendo que puedo formular preguntas sobre esta autorización antes de firmar.

**Frima del Cliente:** _____ **Fecha:** _____

**Nombre:** _____
Por motivos de seguridad, proporcione y envíe la información de pago únicamente a través de un método aprobado por McDermott Counseling. No incluya ni conserve el código de seguridad de la tarjeta (CVV/CVC) en este formulario.