

**Autorización de tarjeta de crédito para
programación de citas de terceros**

Yo, _____ por medio de la presente solicito que Santa Barbara Behavioral Health (SBBH) haga una excepción a la política habitual de sólo programar citas directamente con los pacientes o sus tutores legales. En consideración de esta excepción, acepto la responsabilidad financiera por la tasa completa para el servicio programado y por medio de la presente autorizo al Santa Barbara Behavioral Health para cargar a mi tarjeta de crédito el monto total de ese servicio profesional si se pierde la cita.

Nombre del paciente

Parentesco con el titular de la tarjeta

Tipo de tarjeta (Encierre en un círculo una): Visa MasterCard Discover

Número de tarjeta de crédito: _____

Fecha de vencimiento _____ Código de seguridad (atrás de la tarjeta): _____

Nombre del titular de la tarjeta: _____

Dirección de facturación de la tarjeta de crédito: _____

Código postal _____

Número telefónico: _____

Firma autorizada del titular de la tarjeta: _____

Fecha: _____

Por favor envíe de vuelta el formulario completado al Santa Barbara Behavioral Health por correo, fax o correo electrónico.

Correo: 5901 Encina Road, Suite A, Goleta, CA. 93117

Fax: 805-681-0029

Correo electrónico: staff@sbbh.net (correo electrónico cifrado recomendado)

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA

Fecha del 3PA: _____ El 3PA vence: (6 meses después) _____

ID del cliente: _____ Se mencionó al 3PA en el contexto del proveedor: S N

Fecha de la cita de admisión: _____ Proveedor: _____

Iniciales del empleado: _____