

Date of Form: _____ 3PA Expires: (6 months later) _____

Client ID: _____ Intake Appt Date: _____ Provider: _____

Entered in system?: Y N Noted in Context? Y N Employee Initials: _____

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 _____

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)

Nombre del titular de la tarjeta: _____

Los ultimo quatro numeros de su tarjeta de credito: _____

Número Telefónico: _____

Firma Autorizada del Tarjetahabiente: _____

Fecha: _____

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

Número de Tarjeta de Crédito: _____

Fecha de Vencimiento: _____

Dirección de facturación de la tarjeta de crédito: _____

Código postal: _____