

---

Consentimiento de Pago con Tarjeta de Crédito/Débito de MPG

*Este formulario fue traducido con la ayuda de un servicio de traducción. Agradecemos su comprensión si encuentra algún error o diferencia en la traducción.*

**Por favor tome en cuenta:** Al programar una cita, ingreso, evaluación o sesión grupal con Manhattan Psychology Group (MPG), usted autoriza que su tarjeta sea cargada en el momento de la programación o en el momento del servicio, según lo requieran las políticas de MPG. Los pagos realizados para reservar una cita o un cupo en un grupo no son reembolsables, excepto en casos de error administrativo. Si tiene alguna inquietud sobre un cargo o necesita actualizar los arreglos de pago, comuníquese con el administrador con quien ha estado trabajando antes de disputar el cargo, para que podamos resolver el problema de manera oportuna.

**Nombre y Apellido del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Nombre y Apellido del Titular de la Tarjeta:** \_\_\_\_\_

**Tipo de Tarjeta:**

☐ Visa ☐ Mastercard ☐ American Express ☐ Discover ☐ Otra: \_\_\_\_\_

**Número de Tarjeta:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Vencimiento (MM/AA):** \_\_\_\_\_

*\*Si completa este formulario desde un teléfono, verifique que la fecha complet\**

**Código de Seguridad (CVV):** \_\_\_\_\_

**Código Postal de Facturación del Titular:** \_\_\_\_\_

Al firmar a continuación, autorizo a Manhattan Psychology Group (MPG) a cargar los servicios profesionales prestados a mi tarjeta de crédito, débito o HSA/FSA.

Por favor, revise y confirme las siguientes políticas marcando cada elemento y colocando sus iniciales y la fecha al final.

1. **Autorizo a MPG a cargar mi tarjeta por los servicios prestados.**
2. **Entiendo que, si no asisto a mi cita o cancelo dentro de las 24 horas previas, MPG cobrará el monto total de la sesión como cargo por cancelación tardía o inasistencia.**
3. **Verifico que la información de la tarjeta de crédito indicada arriba es correcta según mi conocimiento. Entiendo que soy responsable del saldo total si el pago es rechazado, incorrecto o marcado como fraudulento.**

4. Entiendo que, si no se ha efectuado el pago y no existen acuerdos alternativos dentro de los 30 días, mi saldo puede ser enviado a cobros.

---

### Reconocimiento

Nombre del Titular de la Tarjeta: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_