

# Paulo Lazaro, LCSW, CBT, EMDR

License #: SW 005258

Tel: 305-206-2899

email: paulolazarolcsw@gmail.com

**Coconut Grove:**  
2000 South Dixie Hwy. Suite 202  
Coconut Grove, FL 33133

**North Miami Beach:**  
13499 Biscayne Blvd. Suite 208  
North Miami, FL 33181

## GARANTÍA DE TARJETA DE CRÉDITO

### ( ) CLIENTES QUE NO UTILIZAN SEGURO

Acepto que mi tarjeta de crédito designada abajo se cargue el monto correspondiente al valor de mi cita. Alternativamente, podré pagar al mismo día de la cita por otros medios, usando Zelle, Venmo, cheques, efectivo, etc, en lugar de la tarjeta de crédito a continuación.

### ( ) CLIENTES QUE UTILIZAN ASIGNACIÓN DE SEGURO

Nuestro programa de asignación de seguros está diseñado para mantener sus gastos al mínimo. Como cortesía hacia usted, le facturaremos a su compañía de seguro médico en su nombre y esperamos hasta 90 días para el pago. Sin embargo, recuerde que usted es el responsable último del pago. El día 90, si su compañía de seguros no ha pagado la factura, cargaremos el monto de la reclamación en su tarjeta de crédito designada a continuación. Todos los pagos que se realicen en relación con estas reclamaciones a partir de entonces se le reembolsarán de inmediato.

Estoy de acuerdo con los términos anteriores y le autorizo a cargar cualquier pago no pagado al final de cada semana a la tarjeta de crédito a continuación.

Tarjeta #: \_\_\_\_\_ Fecha Exp: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CVV #: \_\_\_\_\_

Tarjeta de Crédito:       AMEX       VISA       MC       DISCOVER

Nombre en la tarjeta: \_\_\_\_\_

Dirección en la tarjeta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma/Fecha