



Laurie J. Hall, LCSW
 Terapeuta
 5575 Lake Park Way, Suite 114
 La Mesa, CA 91942
 (619) 297-0025/ Fax (619) 463-8986

Contrato de Pago

Cliente _____ Fecha de nacimiento _____

El pago se requiere cuando se cumplen los servicios, al menos que otros arreglos se hayan hecho con antemano. Si Usted tiene seguro médico que pagará por el servicio, firme una autorización para que yo pueda pedir el reembolso. Por favor, tome en cuenta que es su responsabilidad asegurar que su pago se cubrirá, ya sea por Usted u otra persona. Mi seguro médico es _____.

Mi seguro médico paga _____ % para el tratamiento de salud mental y tengo un pago de \$ _____.

Entiendo que el pago de la terapia será \$ _____ por cita.

He leído y estoy de acuerdo con los términos de este contrato _____.
 Iniciales

Cancelaciones y Faltas

Reconozco que soy responsable dar 1 día de aviso para las citas canceladas. Entiendo que se me cobrará \$ _____ por las citas que falto sin aviso previo. El pago se hará antes de la siguiente cita. Después de 2 citas faltadas, el cobro será \$ _____.

Al firmar, reconozco las polizas y procedimientos del consultorio. Entiendo el contrato de pago y cancelaciones y faltas.

 Firma del cliente/padre/guardian legal

 Fecha

 Laurie J. Hall, LCSW

 Fecha