

When you need a hand...

Schwarz and Associates

A Christian Marriage and Family Counseling Practice
www.ChristianTherapyHelps.com

Office 562-467-6978

Fax 562-467-6977

Acuerdo Para Pagar Los Servicios Profesionales

Yo solicito que _____, terapeuta matrimonial y familiar proporcione servicios profesionales a mi y/o a _____, que es mí _____ y yo estoy de acuerdo en pagar el costo de este terapeuta: \$ _____ por sesión para estos servicios.

Yo estoy de acuerdo en que esta relación financiera con este terapeuta continúe mientras el terapeuta proporcione servicios o hasta que yo le informe, en persona o por correo, que yo deseo terminarlo. Estoy de acuerdo en cumplir con este terapeuta por lo menos una vez antes de finalizar la terapia. Estoy de acuerdo en pagar por los servicios prestados a mí (o este cliente) hasta el momento en que termine la relación.

Sé que tengo que llamar para cancelar una cita por lo menos 24 horas antes de la hora de la cita. Si no cancelo y no aparezco, me cobrará por esa cita.

Estoy de acuerdo que soy responsable de los cargos por los servicios prestados por esta terapeuta para mí (o este cliente), aunque otras personas o mi iglesia pueden hacer los pagos de mi cuenta (o de este cliente).

Entiendo que se espera de mí que pagar por los servicios prestados por mi terapeuta en el momento del servicio y que pueda pagar los servicios por medio de cheque, efectivo o tarjeta de crédito. Schwarz and Associates acepta las siguientes tarjetas de crédito: Visa, MasterCard y Discover. Si pago con cheque haré mi cheque a nombre de Schwarz and Associates.

Firma del cliente (o persona actuando para el cliente)

Fecha

Nombre del cliente

Yo, _____, título _____, he discutido los temas mencionados arriba con mi cliente (y/o la persona actuando por el cliente). Mis observaciones de comportamiento y las respuestas de la persona me dan ninguna razón para creer que esta persona no es plenamente competente para dar su consentimiento informado y dispuesto.

Firma del terapeuta

Fecha

Copia aceptada por el cliente t Copia se mantuvo con el terapeuta

FORM 29.