



## Formulario de Autorización de Pago

### SECCIÓN 1 - Información del Comerciante

Nombre del comerciante: Family Houston  
Dirección del comerciante: P.O. Box 70068, Houston, TX 77270  
Número de teléfono del comerciante: (713) 861-4849  
Correo Electrónico: [clientinvoices@familyhouston.org](mailto:clientinvoices@familyhouston.org)

### SECCIÓN 2 - Acuerdo de Autorización

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a Family Houston a cargar mi tarjeta de débito/crédito en el momento de mi sesión.

Entiendo que:

- Seré responsable por un pago de \$25.00 por citas canceladas con menos de 24 horas de anticipación, excepto en el caso de emergencias.
- Las tarifas de cancelación se aplican a todos los clientes excepto a los clientes de Medicaid.
- Después de tres pagos fallidos, el servicio se suspenderá hasta que el saldo sea pagado en parte o en su totalidad.
- Mi información se guardará para futuras transacciones en mi cuenta y la autorización permanecerá vigente hasta que solicite formalmente la cancelación.
- Soy responsable de mantener la información de mi tarjeta precisa y actualizada.
- Todos los cargos relacionados con el copago, el coseguro, el deducible y la ausencia se cobrarán de mi tarjeta dentro de los 3 días hábiles a partir de la fecha del servicio.
- Si no puedo hacer los pagos, puedo comunicarme con facturación al 713-861-4849 o [fclientinvoices@familyhouston.org](mailto:fclientinvoices@familyhouston.org) para una revisión de la cuenta.
- Tengo la opción de solicitar información del plan de pago.

Al marcar esta casilla, permito que Family Houston me envíe por correo electrónico las facturas de servicios prestados.

Firma: \_\_\_\_\_

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