



**Burkhart**  
Pediatric &  
Adolescent  
Dermatology

(919) 476-1118 | (855) 878-6037

135 Parkway Office Court - Suite 201

Cary, NC 27518

info@burkhartpediatricdermatology.com

[www.burkhartpediatricdermatology.com](http://www.burkhartpediatricdermatology.com)

## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE TARJETA DE CRÉDITO

Burkhart Pediatric & Adolescent Dermatology, PLLC ofrece la opción de guardar los datos de una tarjeta de crédito en sus archivos para cargarle copagos, deducibles y servicios no asegurados.

Si tiene preguntas sobre esta autorización de tarjeta de crédito, llámenos al (919) 476-1118.

Entiendo esta opción y autorizo a Burkhart Pediatric & Adolescent Dermatology, PLLC a cargar copagos, deducibles y servicios no asegurados (o el monto total de los servicios en caso de pacientes sin seguro) a la tarjeta de crédito cuyos datos se especifican a continuación. Las cantidades se cargan a la tarjeta cuando se prestan los servicios. Reconozco que he tenido la oportunidad de hacer preguntas respecto a este proceso.

Encierre en un círculo el tipo de tarjeta de crédito:

Mastercard \_\_\_\_\_ Visa \_\_\_\_\_ Discover \_\_\_\_\_ Amex \_\_\_\_\_

Número de cuenta: \_\_\_\_\_

Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

Código de seguridad al reverso de la tarjeta: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la tarjeta (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Firma del titular de la tarjeta: \_\_\_\_\_

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

Si el titular de la tarjeta no es el paciente, indique su relación con el paciente y la dirección de facturación:

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Dirección de facturación:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_