



### **Formulario de autorización de tarjeta de crédito/débito**

Autorizo a Dailey Pediatrics and Family Medicine, P.C. mantener la tarjeta que se detalla a continuación en mi expediente y cargar la tarjeta que se detalla a continuación por los servicios prestados para citas a través de telesalud, si se prestan servicios de telesalud.

Esta tarjeta también se puede utilizar para planes de pago y acepto que se cargue a esta tarjeta cada dos semanas a partir de la fecha de la visita, si he establecido un plan de pago con Dailey Pediatrics and family Medicine, P.C.

---

Nombre del titular de la tarjeta

---

Dirección de facturación con código postal

---

Número de tarjeta

---

Fecha de expiración

---

CSV

---

Número de teléfono

---

Tipo de tarjeta (MC, Visa, Discover, etc)