



Checklist for Intake Forms:

___ **Consent for Evaluation and Treatment**

___ **Notice of Privacy Practice Acknowledgement**

___ **Consent for Communication**

___ **Payment Agreement**

___ **Credit Card Policy**





Consent to Examination and Treatment

I hereby consent to a physical therapy examination and subsequent treatment as recommended by the examining physical therapist.

Examination. I understand the examination includes providing a medical, social and physical activity history and reporting of my symptoms and complaints. I agree to allow the physical therapist to perform all physical tests and measures required to identify my physical therapy diagnosis, problems and prognosis. I understand that some tests and measures may require the physical therapist to perform a visual inspection of exposed body areas or palpate body parts that are sensitive or painful. I also understand that there are some risks in participating in a physical examination, including but not limited to developing soreness, increased pain, new pain in different areas, an aggravation of existing symptoms or a new injury. I understand that if I am uncomfortable at any time during the examination, I can let the therapist know and may refuse to continue the examination at my choice. If I refuse to participate in any part of the examination, I understand that the physical therapist may not be able to provide an accurate physical therapy diagnosis/prognosis or develop the most appropriate treatment plan.

Treatment. I acknowledge that my physical therapist (hereinafter "PT") has informed me of my diagnosis, prognosis and the potential risks and benefits of all recommended interventions in my proposed plan of care and I have been given an opportunity to have all my questions answered. I hereby agree to participate in and consent to receive the physical therapy interventions recommended by my PT as outlined in my treatment plan. I understand that the response to different physical therapy interventions varies from person to person and sometimes treatment interventions may result in increased pain, an aggravation of existing symptoms or a new injury. Therefore, I agree to inform my PT of any change in my symptoms and function so my treatment plan can be adjusted accordingly. I understand that I may decline any intervention at any time by informing my PT of my desires/concerns and that my refusal may result in a termination of my treatment if my PT determines that there are no other treatment alternatives or the refused intervention is essential to meeting my goals. I also understand that although we have set rehabilitation goals, my PT has made no guarantees that any particular outcomes will result from the therapy interventions.

I have read and understand the benefits and risks involved in participating in a physical therapy examination and treatment. I consent to the examination and treatment, accept any and all associated risks involved and agree to fully cooperate and participate in the proposed physical therapy interventions in the established plan of care.

Patient's Name (Printed) _____

Patient's Signature _____ Date _____

Parent/Guardian Signature _____ Date _____



Consentimiento a Examinación y Tratamiento

Por la presente doy mi consentimiento para un examen de fisioterapia y un tratamiento posterior según lo recomendado por el fisioterapeuta examinador.

Examinación. Entiendo que el examen incluye proporcionar un historial médico, social y de actividad física y reportar mis síntomas y quejas. Acepto permitir que el fisioterapeuta realice todas las pruebas y medidas físicas necesarias para identificar el diagnóstico, los problemas y el pronóstico de mi fisioterapia. Entiendo que algunas pruebas y medidas pueden requerir que el fisioterapeuta realice una inspección visual de áreas expuestas del cuerpo o palpe partes del cuerpo que sean sensibles o dolorosas. También entiendo que existen algunos riesgos al participar en un examen físico, que incluyen, entre otros, desarrollar dolor, aumento del dolor, dolor nuevo en diferentes áreas, agravamiento de los síntomas existentes o una nueva lesión. Entiendo que si me siento incómodo en cualquier momento durante el examen, puedo hacérselo saber al terapeuta y puedo negarme a continuar el examen a mi elección. Si me niego a participar en cualquier parte del examen, entiendo que es posible que el fisioterapeuta no pueda proporcionar un diagnóstico/pronóstico de fisioterapia preciso o desarrollar el plan de tratamiento más adecuado.

Tratamiento. Reconozco que mi fisioterapeuta (en adelante "PT") me ha informado sobre mi diagnóstico, pronóstico y los posibles riesgos y beneficios de todas las intervenciones recomendadas en mi plan de atención propuesto y que se me ha brindado la oportunidad de obtener respuestas a todas mis preguntas. Por la presente acepto participar y doy mi consentimiento para recibir las intervenciones de fisioterapia recomendadas por mi PT como se describe en mi plan de tratamiento. Entiendo que la respuesta a diferentes intervenciones de fisioterapia varía de persona a persona y, a veces, las intervenciones de tratamiento pueden provocar un aumento del dolor, un agravamiento de los síntomas existentes o una nueva lesión. Por lo tanto, acepto informar a mi fisioterapeuta sobre cualquier cambio en mis síntomas y función para que mi plan de tratamiento pueda ajustarse en consecuencia. Entiendo que puedo rechazar cualquier intervención en cualquier momento informando a mi PT de mis deseos/preocupaciones y que mi negativa puede resultar en la terminación de mi tratamiento si mi PT determina que no hay otras alternativas de tratamiento o que la intervención rechazada es esencial para cumpliendo mis objetivos. También entiendo que, aunque hemos establecido objetivos de rehabilitación, mi fisioterapeuta no ha garantizado que se obtendrán resultados particulares de las intervenciones terapéuticas.

He leído y comprendo los beneficios y riesgos que implica participar en un examen y tratamiento de fisioterapia. Doy mi consentimiento para el examen y el tratamiento, acepto todos y cada uno de los riesgos asociados involucrados y acepto cooperar y participar plenamente en las intervenciones de fisioterapia propuestas en el plan de atención establecido.

Nombre de Paciente (Impreso) _____

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____



Notice of Privacy Practices Acknowledgement

I acknowledge that I have been given a copy of or an opportunity to read the practice's Notice of Privacy Practices.

Patient's or Guardian's Signature

Date



Reconocimiento de Aviso de Prácticas de Privacidad

Reconozco que se me ha dado una copia o la oportunidad a leer el Aviso de Prácticas de Privacidad del consultorio.

Firma del Paciente o Tutor

Fecha



Consent for E-mail/Text Communication and Appointment Reminders

We respect the privacy rights of all our patients and will therefore only communicate with patients and parents/guardians through email, text or voice mail messaging with your written consent. Email can be inherently insecure if your email service does not use encryption. Also, if your email address is through your employer, your employer may have access to your email box. Voice mail may also be insecure, especially if you use a VOIP phone service. When you consent to communicating with us by email, text or phone, you are agreeing to accept the risk that your protected health information may be intercepted by persons not authorized to receive such information. Since we do not control the email and phone systems you use, we are not responsible for any privacy or security breaches that may occur through voicemail, email or text communications that you have consented to.

You may choose to limit the type of voicemail, email or text communication you have with us if you wish to limit your risk of exposing your protected health information to unauthorized persons. Please indicate below what types of correspondence you consent to receive by email or text.

- I do not consent to any voicemail, email or texting communication.
- I consent to receiving communication about the scheduling of appointments (limiting the information disclosed) by the following means: (check all that you consent to)
 - Email
 - Text
 - Voicemail
- I consent to all communication, including but not limited to communication about my medical condition and advice from my health care providers by the following means: (check all that you consent to)
 - Email
 - Text
 - Voicemail

E-mail address: _____

Phone number: _____

Patient Signature: _____ Date _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date _____



Consentimiento para Comunicaciones por Correo Electrónico, Mensajes de texto y Recordatorios de Citas

Respetamos los derechos de privacidad de todos nuestros pacientes y, por lo tanto, solo nos comunicaremos con los pacientes y los padres/tutores a través de correo electrónico, mensajes de texto o mensajes de voz con su consentimiento por escrito. El correo electrónico puede ser intrínsecamente inseguro si su servicio de correo electrónico no utiliza cifrado. Además, si su dirección de correo electrónico es a través de su empleador, su empleador puede tener acceso a su casilla de correo electrónico. El correo de voz también puede ser inseguro, especialmente si utiliza un servicio telefónico VOIP. Cuando acepta comunicarse con nosotros por correo electrónico, mensaje de texto o teléfono, acepta el riesgo de que su información de salud protegida pueda ser interceptada por personas no autorizadas para recibir dicha información. Dado que no controlamos los sistemas telefónicos y de correo electrónico que utiliza, no somos responsables de ninguna violación de la privacidad o la seguridad que pueda ocurrir a través del correo de voz, el correo electrónico o las comunicaciones de texto que usted haya dado su consentimiento.

Puede optar por limitar el tipo de comunicación de correo de voz, correo electrónico o texto que tiene con nosotros si desea limitar el riesgo de exponer su información médica protegida a personas no autorizadas. Indique a continuación qué tipos de correspondencia acepta recibir por correo electrónico o mensaje de texto.

- No doy mi consentimiento para recibir mensajes de voz, correos electrónicos o mensajes de texto.
- Doy mi consentimiento para recibir comunicaciones sobre la programación de citas (limitando la información divulgada) por los siguientes medios: (marque todo lo que usted acepta)
 - Correos Electrónicos
 - Mensajes de Texto
 - Mensajes de Voz
- Doy mi consentimiento para toda comunicación, incluida, entre otras, la comunicación sobre mi condición médica y los consejos de mis proveedores de atención médica por los siguientes medios: (marque todo lo que usted acepta)
 - Correos Electrónicos
 - Mensajes de Texto
 - Mensajes de Voz

Correo Electrónico: _____

Numero de Telefono: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____



Payment Agreement

Thank you for choosing The Perfect Squat, LLC as your physical therapy provider. Before we begin services, please sign below indicating you have read, understand and agree to the following payment policies.

- You agree to be financially responsible for all charges regardless of any applicable insurance or benefit payments, third-party interest, or the resolution of any legal action or lawsuits in which you may be involved.
- Payment is expected at time of service unless you have made other payment arrangements with us.
- **Out-of-Network Policy.** (Commercial Health Plans - Does not apply to Medicare) We are out-of-network with all health plans. If you have out-of-network benefits, we will provide you with a copy of your bill that you can, at your discretion, submit to your health plan for reimbursement for the services your health plan covers. You understand that even if you have out of network benefits, you may be required to pay a higher copay or coinsurance for out of network services and you may have separate out of network deductibles and out of pocket maximums. You are responsible for contacting your insurance company to determine what your benefits are and obtain any necessary physician referrals and/or pre-authorizations for services. We are not responsible if your health plan denies, in whole or in part, your claims for our services.
- **TriCare.** We are not in-network with TriCare and are not willing to accept TriCare's low reimbursement rates. Therefore, if you have TriCare, you should seek services from an in-network TriCare provider or a provider who is willing to accept TriCare's maximum allowable reimbursement. If you wish to see us, you must be willing to forego TriCare reimbursement and choose, of your own free-will, not to use your TriCare benefits. That means, we will not submit claims to TriCare on your behalf and agree not to submit claims to TriCare for reimbursement. If you decide at any point after you start services with us that you want TriCare to pay for the services it covers, we will be happy to recommend a TriCare enrolled provider and terminate your services with us.
- **Medicaid Policy.** We are not enrolled as a Medicaid provider. Therefore, Medicaid will not pay for any of the services we provide. If you want Medicaid to pay for your services, you should seek services from a Medicaid enrolled provider. We will only see you through The Perfect Squat, LLC if you wish to pay privately for your services and agree that you will not submit our bills to Medicaid for payment. If you decide at any point after you start services with us that you want Medicaid to pay for the services it covers, we will be happy to recommend a Medicare enrolled provider and terminate your services with us. As a condition of us providing services to you, you are choosing, of your own free will, not to use your Medicaid benefits and agreeing to pay privately at the time of service for all services you elect to receive from us with no expectation that Medicaid will reimburse you. You understand that we will not submit claims to Medicaid on your behalf and agree that you, your caregivers, family members, authorized representatives or power of attorney will not, under any circumstance, submit our claims, invoices, receipts or statements to Medicaid for reimbursement.
- **Medicare Policy (for Medicare Part B and Medicare Advantage Plans).** If you are a Medicare beneficiary, you understand that our licensed physical therapists are not enrolled as Medicare providers. Medicare has onerous technical and administrative requirements that must be met for services to be considered medically necessary covered benefits. We believe those requirements take unnecessary time away from the services we provide and many of the fitness/performance services we offer are not covered by Medicare. Since we are not enrolled providers, we cannot submit claims to Medicare and Medicare will not pay for our services even though the same services might be paid by Medicare if you obtained them from a Medicare enrolled provider. If you want Medicare to pay for services that might be considered covered benefits, you should seek those services from a Medicare enrolled provider. If you decide at any point after you start services with us that you want Medicare to pay for the services it covers, we will be happy to recommend a Medicare enrolled provider and terminate your services with us. As a condition of us providing services to you, you are choosing, of your own free will, not to use your Medicare benefits and agreeing to pay privately at the time of service for all services you elect to receive from us with no expectation that Medicare will reimburse you. You understand that we will not submit claims to Medicare on your



behalf and agree that you, your caregivers, family members, authorized representatives or power of attorney will not, under any circumstance, submit our claims, invoices, receipts or statements to Medicare for reimbursement.

- **Medicare supplemental plans.** Medicare supplemental plans will not reimburse you for our services because we are not enrolled providers with Medicare. Therefore, you should not choose to see us if you are expecting to be reimbursed by your supplemental plan.
- **Commercial Plan as secondary payer.** If you have a commercial health plan as a secondary payer, you will not likely be able to use it because the commercial plan will probably require you to submit claims to Medicare first or obtain a Medicare denial. We cannot submit claims to Medicare just to get a denial.
- **Medicare as a Secondary Payer (Commercial Health Plan is primary).** If you have a commercial insurance plan, we will provide you with a copy of your bill that you can, at your discretion, submit to your commercial health plan for reimbursement for the services your health plan covers. However, since we are not Medicare enrolled providers, Medicare will not pay your copays, co-insurance or deductibles as a secondary payer. You agree that you, your caregivers, family members, authorized representatives or power of attorney will not, under any circumstance, submit our claims, invoices, receipts or statements to Medicare for reimbursement of copays, coinsurance or deductibles that your commercial health plan does not pay.
- **Wellness & Fitness Services.** Most commercial health plans and Medicare do not cover the wellness or fitness services we offer. Therefore, we will provide you with a receipt for these services upon request.
- **Cancellation Policy.** We require a 24-hour notice to cancel a scheduled appointment. If you cancel with less notice, you will be required to pay a \$50 late cancellation/no show penalty fee. We reserve the right to waive this policy at our sole discretion.
- **Privacy Rights.** You have a right to privacy under the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) that includes restricting disclosure of your records and claims to your health plan, including Medicare, if you pay privately for your services at the time of service. If you pay for your services at the time of service, we assume you are exercising this right to privacy we will not disclose your medical records to any third party, including your health insurance carrier or Medicare. If you want your records disclosed to any third party in the future, you will need to obtain and sign our Authorization to Release Protected Health Information form before we will disclose your health information.
- **Appeals Policy.** You understand that you are responsible for filing all appeals of adverse benefit determinations. If you need assistance filing an appeal with your health plan, contact the consumer assistance agency on your denial letter.

I HAVE READ, UNDERSTAND AND AGREE TO THESE PAYMENT TERMS.

I acknowledge that I have chosen, of my own free will, to obtain the services provided by The Perfect Squat, LLC and have agreed to pay out of pocket for my services without any expectation that my health plan will reimburse me. If I am a Medicare beneficiary, I attest that I have chosen not to use my Medicare benefits for the services I am purchasing and am restricting The Perfect Squat, LLC and my therapist from submitting any claims to Medicare pursuant to my right to privacy under HIPAA.

Patient Name (Print or Type): _____

X _____ Date: _____

Patient's Signature

A photocopy of this agreement is to be considered valid, the same as if it was the original.



Acuerdo de pago

Gracias por elegir The Perfect Squat, LLC como su proveedor de fisioterapia. Antes de comenzar los servicios, firme a continuación indicando que ha leído, comprende y acepta las siguientes pólizas de pago.

- Usted acepta ser financieramente responsable de todos los cargos, independientemente de cualquier seguro aplicable o pago de beneficios, intereses de terceros o la resolución de cualquier acción legal o demanda en la que pueda estar involucrado.
- Se espera el pago en el momento del servicio a menos que haya hecho otros arreglos de pago con nosotros.
- **Póliza Fuera de la Red.** (Planes de salud comerciales: no se aplica a Medicare) Estamos fuera de la red con todos los planes de salud. Si tiene beneficios fuera de la red, le proporcionaremos una copia de su factura que puede, a su discreción, enviar a su plan de salud para obtener un reembolso por los servicios que cubre su plan de salud. Usted comprende que incluso si tiene beneficios fuera de la red, es posible que deba pagar un copago o coseguro más alto por los servicios fuera de la red y es posible que tenga deducibles y gastos máximos de bolsillo separados fuera de la red. Usted es responsable de comunicarse con su compañía de seguros para determinar cuáles son sus beneficios y obtener las referencias médicas y/o autorizaciones previas necesarias para los servicios. No somos responsables si su plan de salud rechaza, total o parcialmente, sus reclamos por nuestros servicios.
- **TriCare.** No estamos dentro de la red de TriCare y no estamos dispuestos a aceptar las bajas tasas de reembolso de TriCare. Por lo tanto, si tiene TriCare, debe buscar servicios de un proveedor de TriCare dentro de la red o de un proveedor que esté dispuesto a aceptar el reembolso máximo permitido de TriCare. Si desea vernos, debe estar dispuesto a renunciar al reembolso de TriCare y elegir, por su propia voluntad, no utilizar sus beneficios de TriCare. Eso significa que no enviaremos reclamos a TriCare en su nombre y aceptamos no presentar reclamos a TriCare para obtener reembolso. Si en algún momento después de comenzar a prestar servicios con nosotros decide que desea que TriCare pague por los servicios que cubre, estaremos encantados de recomendarle un proveedor inscrito en TriCare y cancelar sus servicios con nosotros.
- **Póliza de Medicaid.** No estamos inscritos como proveedor de Medicaid. Por lo tanto, Medicaid no pagará ninguno de los servicios que brindamos. Si desea que Medicaid pague por sus servicios, debe buscar los servicios de un proveedor inscrito en Medicaid. Solo lo atenderemos a través de The Perfect Squat, LLC si desea pagar sus servicios de forma privada y acepta que no enviará nuestras facturas a Medicaid para su pago. Si en algún momento después de comenzar a recibir servicios con nosotros decide que desea que Medicaid pague por los servicios que cubre, estaremos encantados de recomendarle un proveedor inscrito en Medicare y cancelar sus servicios con nosotros. Como condición para que le brindemos servicios, usted elige, por su propia voluntad, no utilizar sus beneficios de Medicaid y acepta pagar de forma privada en el momento del servicio todos los servicios que elija recibir de nosotros sin expectativa de que Medicaid le reembolsará. Usted comprende que no enviaremos reclamos a Medicaid en su nombre y acepta que usted, sus cuidadores, familiares, representantes autorizados o apoderados no presentarán, bajo ninguna circunstancia, nuestros reclamos, facturas, recibos o estados de cuenta a Medicaid para su reembolso.
- **Póliza de Medicare (para Planes Medicare Parte B y Medicare Advantage).** Si es beneficiario de Medicare, comprende que nuestros fisioterapeutas autorizados no están inscritos como proveedores de Medicare. Medicare tiene requisitos técnicos y administrativos onerosos que deben cumplirse para que los servicios se consideren beneficios cubiertos médicamente necesarios. Creemos que esos requisitos le quitan tiempo innecesario a los servicios que brindamos y muchos de los servicios de acondicionamiento físico y rendimiento que ofrecemos no están cubiertos por Medicare. Dado que no somos proveedores inscritos, no podemos presentar reclamos a Medicare y Medicare no pagará nuestros servicios, aunque Medicare podría pagar los mismos servicios si los obtuvo de un proveedor inscrito en Medicare. Si desea que Medicare pague por servicios que podrían considerarse beneficios cubiertos, debe buscar esos servicios de un proveedor inscrito en Medicare. Si en algún momento después de comenzar a recibir servicios con nosotros decide que desea que Medicare pague por los servicios que cubre, estaremos encantados de recomendarle un proveedor inscrito en Medicare y cancelar sus servicios con nosotros. Como condición para que le brindemos servicios, usted elige, por su propia voluntad, no utilizar sus beneficios de Medicare y acepta pagar de forma privada en el momento del servicio todos los servicios que elija recibir de



nosotros sin expectativa de que Medicare le reembolsará. Usted comprende que no presentaremos reclamos a Medicare en su nombre y acepta que usted, sus cuidadores, familiares, representantes autorizados o apoderados no presentarán, bajo ninguna circunstancia, nuestros reclamos, facturas, recibos o estados de cuenta a Medicare para su reembolso.

- **Planes complementarios de Medicare.** Los planes complementarios de Medicare no le reembolsarán nuestros servicios porque no somos proveedores inscritos en Medicare. Por lo tanto, no debe elegir vernos si espera que su plan complementario le reembolse.
- **Plan Comercial como Pagador Secundario.** Si tiene un plan de salud comercial como pagador secundario, probablemente no podrá usarlo porque el plan comercial probablemente le exigirá que presente primero los reclamos a Medicare u obtenga una denegación de Medicare. No podemos presentar reclamos a Medicare solo para obtener un rechazo.
- **Medicare como pagador secundario (el plan de salud comercial es primario).** Si tiene un plan de seguro comercial, le proporcionaremos una copia de su factura que puede, a su discreción, enviar a su plan de salud comercial para obtener un reembolso por los servicios que cubre su plan de salud. Sin embargo, dado que no somos proveedores inscritos en Medicare, Medicare no pagará sus copagos, coseguros ni deducibles como pagador secundario. Usted acepta que usted, sus cuidadores, familiares, representantes autorizados o apoderados no presentarán, bajo ninguna circunstancia, nuestros reclamos, facturas, recibos o estados de cuenta a Medicare para el reembolso de copagos, coseguros o deducibles que su plan de salud comercial no cubre pagar.
- **Servicios de bienestar y fitness.** La mayoría de los planes de salud comerciales y Medicare no cubren los servicios de bienestar o acondicionamiento físico que ofrecemos. Por lo tanto, le proporcionaremos un recibo por estos servicios si lo solicita.
- **Póliza de Cancelación.** Requerimos un aviso de 24 horas para cancelar una cita programada. Si cancela con menos antelación, se le pedirá que pague una multa de \$50 por cancelación tardía/no presentación. Nos reservamos el derecho de renunciar a esta póliza a nuestro exclusivo criterio.
- **Derechos de Privacidad.** Tiene derecho a la privacidad según la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA), que incluye restringir la divulgación de sus registros y reclamos a su plan de salud, incluido Medicare, si paga de forma privada por sus servicios en el momento del servicio. Si paga sus servicios en el momento del servicio, asumimos que está ejerciendo este derecho a la privacidad. No divulgaremos sus registros médicos a ningún tercero, incluida su compañía de seguro médico o Medicare. Si desea que sus registros se revelen a terceros en el futuro, deberá obtener y firmar nuestro formulario de Autorización para divulgar información médica protegida antes de que revelemos su información médica.
- **Póliza de Apelaciones.** Usted comprende que es responsable de presentar todas las apelaciones de determinaciones adversas de beneficios. Si necesita ayuda para presentar una apelación ante su plan de salud, comuníquese con la agencia de asistencia al consumidor que figura en su carta de denegación.

HE LEÍDO, ENTIENDO Y ACEPTO ESTAS CONDICIONES DE PAGO.

Reconozco que he elegido, por mi propia voluntad, obtener los servicios proporcionados por The Perfect Squat, LLC y he aceptado pagar de mi bolsillo mis servicios sin ninguna expectativa de que mi plan de salud me reembolse. Si soy beneficiario de Medicare, doy fe de que he elegido no utilizar mis beneficios de Medicare para los servicios que estoy comprando y estoy restringiendo a The Perfect Squat, LLC y a mi terapeuta de presentar cualquier reclamo a Medicare de conformidad con mi derecho a la privacidad según HIPAA.

Nombre de Paciente (Imprimir o escribir): _____

X _____ Fecha: _____

Firma de Paciente

Una fotocopia de este acuerdo se considerará válida, igual que si fuera el original.



Credit Card Policy

The Perfect Squat would like your authorization to keep a credit card on file to charge for your services. By signing the form below, you authorize us to charge this credit card for the services you elect to receive from us at the time of purchase or upon scheduling the service. You also authorize us to charge this credit card for any and all remaining amounts owed, if any, at the conclusion of your services with us. If your credit card payment is declined for any reason, you agree to provide another form of payment upon request.

Credit Card Authorization Form

Please complete all fields. You may cancel this authorization at any time by contacting us. This authorization will remain in effect until all services are paid or the authorization is cancelled.

Credit Card Information
Card Type: <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Discover <input type="checkbox"/> AMEX <input type="checkbox"/> Other _____
Cardholder Name (as shown on card): _____
Card Number: _____
Expiration Date (mm/yy): _____
Cardholder ZIP Code (from credit card billing address): _____

I, _____, authorize _____ to charge my credit card above for above-stated services. I understand that my information will be saved to file for future transactions on my account.

Customer Signature

Date



Póliza de Tarjeta de Crédito

The Perfect Squat desea su autorización para mantener una tarjeta de crédito registrada para cobrar por sus servicios. Al firmar el formulario a continuación, usted nos autoriza a cargar esta tarjeta de crédito por los servicios que elija recibir de nosotros al momento de la compra o al programar el servicio. También nos autoriza a cargar a esta tarjeta de crédito todos y cada uno de los montos restantes adeudados, si corresponde, al finalizar sus servicios con nosotros. Si su pago con tarjeta de crédito es rechazado por algún motivo, usted acepta proporcionar otra forma de pago cuando lo solicite.

Formulario de Autorización de la Tarjeta de Crédito

Porfavor complete todos los campos. Puede cancelar esta autorización en cualquier momento comunicándose con nosotros. Esta autorización permanecerá vigente hasta que se paguen todos los servicios o se cancele la autorización.

Información de Tarjeta de Crédito				
Card Type:	<input type="checkbox"/> MasterCard	<input type="checkbox"/> VISA	<input type="checkbox"/> Discover	<input type="checkbox"/> AMEX
	<input type="checkbox"/> Other _____			
Nombre del Titular de la Tarjeta (como se muestra en la tarjeta): _____				
Número de la Tarjeta: _____				
Fecha de Caducidad (mm/yy): _____				
ZIP Code del Titular de la Tarjeta (de dirección de envío): _____				

Yo, _____, autoriza The Perfect Squat para cargar mi tarjeta de crédito arriba por los servicios mencionados anteriormente. Entiendo que mi información se guardará para archivar futuras transacciones en mi cuenta.

Firma de Cliente

Fecha