

**ALMA THERAPY  
JANETTE S. CORDERO, LCSW  
4101 MEDICAL PARKWAY, SUITE 109  
AUSTIN, TX 78756**

**p: 512.522.2067  
f: 512.201.2991**

**CONSENTIMIENTO PARA COBRAR AL SEGURO**

\_\_\_\_\_  
Nombre del Tomador de Seguro

\_\_\_\_\_  
Relación con el Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento  
del tomador de seguro

\_\_\_\_\_  
Dirección del Tomador de Seguro

\_\_\_\_\_  
Numero del Tomador de Seguro

\_\_\_\_\_  
Nombre de la compañía de seguros

\_\_\_\_\_  
Número telefónico del proveedor de seguros  
Servicios de salud mental (al dorso de su tarjeta)

\_\_\_\_\_  
Número de identificación

\_\_\_\_\_  
Número del grupo

Yo consiento que Janette S. Cordero, LCSW with ALMA Therapy, cobre la compañía aseguradora que menciono anteriormente. Yo tengo entendido que me responsabilizaré plenamente de todos los costes incurridos si no en ese momento no son cubiertos por el actual seguro médico. Entiendo que me cobrarán al tipo de \$120 a la hora.

\_\_\_\_\_  
Client Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Printed Name of Client