

NOMBRE: _____



PÓLIZA DE PRIVACIDAD

En el transcurso de proveer servicios médicos a cada paciente, creamos, recibimos y almacenamos la información médica que lo identifique. A menudo es necesario usar y divulgar esta información de salud para brindarle tratamiento, obtener pago por los servicios del seguro, y para llevar a cabo cirugías de atención médica relacionados con nuestra oficina. La Póliza de Privacidad describe estos usos y divulgaciones en detalle.

Yo reconozco que me han ofrecido y / o he recibido una copia de la Póliza de Privacidad de *ClearVue Eye Care*.

FECHA

FIRMA

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Elegibilidad para el seguro médico y/o beneficios para los exámenes rutinarios de la vista

Haremos lo posible para verificar su plan de elegibilidad para los servicios y / o los materiales antes de su cita. **La verificación de la elegibilidad se hace como una cortesía y no es una garantía de pago.** Por favor, consulte con su administrador del plan si tiene alguna pregunta sobre su elegibilidad. ClearVue Eye Care sólo participa en planes de HMO selectos.

Responsabilidades

Entiendo que el saldo restante y los co-pagos son mi responsabilidad y estos se pagan en el momento del servicio. Si tengo seguro médico o beneficios de los exámenes rutinarios de la vista, les autorizo pagar a ClearVue Eye Care directamente. Yo autorizo a ClearVue Eye Care para divulgar toda la información necesaria para realizar los pagos. **Si mi seguro no paga o paga parcialmente, entiendo que soy responsable por el pago total del saldo restante.** Mi firma a continuación verifica que entiendo las responsabilidades financieras mencionados anteriormente.

FECHA

FIRMA

PRECIOS Y PAQUETES PARA LOS LENTES DE CONTACTO

Pacientes que usan los lentes de contacto requieren un examen más detallado cada año, que no está incluido en la evaluación anual de la salud ocular. Es la responsabilidad de usted, el paciente, cubrir el costo de esta evaluación si desea que el uso de lentes de contacto sea una opción para corregir su visión, aun si decide no usarlas al final. Usted reconoce que es responsable por el costo de los servicios de la evaluación para los lentes de contacto hoy (además del costo de su examen rutinario). **Los precios para la evaluación de los lentes de contacto varían entre \$ 90 y \$ 190. Algunos seguros que tienen planes de visión proveen ajustes pequeños a estos precios.**

FECHA

FIRMA

IMAGEN DIGITAL DE LA RETINA

Durante su examen completo de la vista se tomara Imágenes Digitales de la Retina de cada ojo (IDR). Esta tecnología supone conseguir una imagen digital de alta resolución de la parte interior del ojo, la retina. Esto nos proporciona una huella digital de la retina y sirve como base para la comparación de la salud ocular durante sus próximas visitas. Es parte de nuestro criterio para proporcionarle un nivel más alto de cuidado preventivo y el tratamiento regular de condiciones graves de enfermedad. Por lo general, los planes de seguro no cubren la el costo de \$39. Si usted está preocupado por este precio, no dude en hablar con el médico durante el examen hoy.

FECHA

FIRMA

COSTO DE LA REFRACCIÓN

La parte de la evaluación que determina su receta para los lentes se llama la refracción. Una refracción también se realiza bajo ciertas circunstancias médicas para fines de diagnóstico. Si **usted tiene beneficios para los exámenes rutinarios de vista como VSP, EyeMed o Medical Eye Services, su refracción suele incluirse con los beneficios del examen. Seguros médicos que no incluyen beneficios para los exámenes rutinarios de vista, tales como Medicare, no cubren una refracción. El costo para una refracción es de \$75.** Mi firma abajo verifica que entiendo el costo de la refracción.

FECHA

FIRMA