



### **Acuerdo financiero e información de privacidad**

#### **Comprensión de los planes de visión y el seguro médico**

Los planes de visión solo cubren exámenes “de rutina” y una parte de la compra de anteojos y lentes de contacto. Rutina Los exámenes incluyen chequeos anuales y exámenes para detectar visión borrosa debido a un cambio de prescripción. Cualquier examen por alguna queja médica (diabetes, dolores de cabeza, ojos secos, ojos rojos, cataratas, glaucoma, etc.) debe facturarse a su seguro médico. Los planes de visión no cubren exámenes por quejas médicas.

**Se aplicarán los copagos, deducibles y coseguros aplicables.**

#### **Política de privacidad**

He leído y comprendido la información anterior y acepto cumplir con estos términos. autorizo y solicito mi compañía de seguros pague directamente a Harrisburg Eye Care, PC, los beneficios del seguro que de otro modo serían pagaderos a mí. Entiendo que mi compañía de seguros puede pagar menos que la factura real por los servicios. Acepto ser responsable de pago de todos los servicios prestados en mi nombre o el de mis dependientes. Autorizo a los profesionales de Harrisburg Eye Care, PC, a divulgar cualquier información, incluido el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen prestados a mí o a mi hijo durante el período de dicha atención oftalmológica a terceros pagadores y/o profesionales de la salud. I entiendo que se me ha brindado la oportunidad de revisar el Aviso de prácticas de privacidad de Harrisburg Eye Care, PC, y entiendo que puedo solicitar una copia de este aviso si así lo deseo.

Firma del paciente o representante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

#### **Políticas de lentes de contacto**

Hay una tarifa por las evaluaciones de lentes de contacto que comienza en \$40 y aumenta según la complejidad de su receta. Esta tarifa incluye la evaluación y seguimientos durante 60 días. Cualquier visita o cambio más allá de eso requerirá una tarifa adicional.

Si su receta finaliza hoy, recibirá una copia impresa. Si se finaliza más tarde debido a cambios en los lentes, ¿acepta que le envíen su receta por correo electrónico? Debido a cambios en la ley, si selecciona “no” tendrá que Regrese a la oficina para firmar un formulario adicional que recibió una copia impresa.

**Un círculo: Si / No**

He leído y entiendo la información anterior y acepto cumplir con estos términos.

Firma del paciente o representante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_