

# Rummel Eye Care, P.C.

## Aviso de prácticas de privacidad

Mi firma abajo indica que me ha dado la oportunidad de revisar una copia actual de Rummel Eye Care, "Aviso de prácticas de privacidad" de P.C.. Mi firma significa que soy consciente que Rummel Eye Care P.C. utilizar y revelar mi información de salud protegida para llevar a cabo tratamientos, pagos y operaciones de atención médica.

\_\_\_\_\_  
Firma de paciente o representante del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Politica financiera

### Para todos los pacientes:

Por favor estar seguro de que su salud es nuestra principal preocupación. Usted es responsable de conocer las ventajas y restricciones de Póliza de seguro. Hay algunos servicios prestados por esta Oficina que no puede ser cubierta por su seguro(s). Un ejemplo de un servicio no cubierto es una **refracción**. El pago de su capago, restante deducible y coaseguro es debida en **el tiempo de servicio**. En caso de que seria necesario un procedimiento quirúrgico y los cambios seguros entre cirugía y verificación de seguro, están obligados a informar a Rummel Eye Care, P.C. de dicho cambio. Por favor entienda que cualquier cambio en los seguros puede retrasar la cirugía. He leído y entender el párrafo anterior y reconoce que todo medico facturas, honorarios de colección en mi cuenta, o tasas de "abogados" incurrido debido a mis pagos morosos son mi responsabilidad personal.

\_\_\_\_\_  
Firma de paciente o representante del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Autorización de seguro

Autorizo Rummel Eye Care, P.C. para liberar cualquier medico u otra información necesaria para presentar una reclamación a mi compañía de seguros o pagador o agencia de colección de Medicare. Autorizo el pago de las prestaciones a la atención del ojo Rummel, P.C..

\_\_\_\_\_  
Firma de paciente o representante del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Si no tienes seguro

No tengo ninguna cobertura de seguro para todos los servicios de salud o servicios de atención de la vision. Entiendo que soy responsable de los gastos relacionados con los servicios prestados por Rummel Eye Care, P.C.

\_\_\_\_\_  
Firma de paciente o representante del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha