

Noticia de Privacidad

Firmando abajo, estoy reconociendo eso: Soy del paciente el representante personal paciente o; He recibido una copia del aviso de procedimientos de privacidad para Westrum Optometry y Entiendo que puedo entrar en contacto con a la persona nombrada en el aviso si tengo preguntas sobre el contenido del aviso.

X _____
Firma del paciente o del padre/del guarda legal/de la persona legalmente responsable Fecha

Asignación de seguros y liberación

Certifico que yo y/o mi dependiente (s), tenemos la cobertura(reportaje) de seguros con y asignamos directamente a Westrum Optometry, el Dr. Westrum, todas las ventajas de seguros, si alguno, por otra parte pagadero a mí para servicios dados. Entiendo que soy económicamente responsable de todos los gastos si pagado por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las sumisiones de seguros.

El Dr. Westrum, Westrum Optometry puede usar mi información de la asistencia médica y puede revelar tal información a la compañía (s) de seguros susodicha y agentes(reactivos) para la obtención del pago por servicios y determinación de ventajas de seguros pagaderas para servicios relacionados. Este consentimiento terminará cuando mi plan de tratamiento corriente se complete o un año desde la fecha se firma abajo.

X _____
Firma del paciente o del padre/del guarda legal/de la persona legalmente responsable Fecha

Please Print name of Patient, Guardian or Personal Representative Descripción de la relación al paciente

Westrum Optometry Policas y Garantias

Polica de garantia de aros

*Cada aro tiene garantia de rotura por un ano con degaste normal. No hay garantia en los aros perdidos.

X _____
Initials

Polica de Contactos

*Adaptacion de contactos: \$40.00, incluye segunda cita hasta un mes despues. Graduacion de contactos se vence un ano despues del examen. Regresos de contactos: Cajas cerradas sin danos or markas hasta 6 meses. Envios hasta su casa son \$5.00 al menos que la orden sea de un ano.

X _____
initials