

## Declaración de Responsabilidad Financiera del Paciente

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

GOLDEN OPTOMETRIC agradece la confianza que han depositado en nosotros en la elección de proveer para sus necesidades de atención médica. El servicio que usted ha elegido para participar implica una responsabilidad financiera por su parte. La responsabilidad obliga a garantizar el pago total de nuestros honorarios. Como cortesía, vamos a verificar su cobertura y la factura de su compañía de seguros en su nombre. Sin embargo, usted es responsable por el pago de su factura.

Usted es responsable por el pago de cualquier deducible y co-pago/co-insurance al criterio de su contrato con su compañía de seguros. Esperamos que estos pagos se den al tiempo de los servicios. Muchas compañías de seguros tienen estipulaciones adicionales que pueden afectar a su cobertura. Usted es responsable de los materiales no cubiertos por su aseguranza. Si su compañía de seguros niega cualquier parte de la reclamación, o si usted o su optometrista opta por seguir en su pasado período autorizado, usted será responsable del saldo en su totalidad.

He leído la póliza anterior con respecto a mi responsabilidad financiera a GOLDEN OPTOMETRIC, para prestar servicios de cuidado de los ojos a mí o al paciente antes mencionado. Yo certifico que la información es, a la mejor de mi conocimiento, cierta y exacta. Yo autorizo a mi compañía de seguros para pagar los beneficios directamente a Golden Optometric Group, en total y completa de la factura efectuados por mí o por el paciente antes mencionado, o, en su caso cualquier monto adeudado después del pago que se ha hecho por mi compañía de seguros.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Garante Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(Si la fianza no es el paciente)

### **Poliza de Co-pagos**

Algunas compañías de seguro de salud requieren el paciente en pagar un co-pago por los servicios recibidos. Se espera apreciadamente en el momento de recibir servicios a los pacientes a pagar en CADA VISITA. Gracias por su cooperación en esta materia.

Paciente / Garante Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### **Consentimiento para el tratamiento y la autorización para divulgar información**

Por lo presente, autorizo GOLDEN OPTOMETRIC a través de su personal correspondiente, para realizar o han realizado obre mí, o el paciente antes mencionado, la evaluación y un tratamiento adecuado.

Asimismo, autorizo a GOLDEN OPTOMETRIC para liberar a las agencias apropiadas, toda la información adquirida en el curso de mi o el examen del paciente antes mencionado y el tratamiento.

Paciente / Garante Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_