**DECLARACIÓN FINANCIAL**

**Firma de Paciente o Persona Autorizada**

Yo doy mi autorización para tratar y asignar directamente a SouthEast Eye, todos los beneficios médicos, si hay. Yo entiendo que yo soy responsable de todos los cargos que a lo mejor sean o no sean aprobados o cubiertos por la aseguranza. Autorizo que el doctor libere toda la información necesaria para asegurar los beneficios del pago. Autorizo el uso de esta firma en todas mis presentaciones de aseguranza. Entiendo que el pago debe ser dado en el día del servicio/visita. Reconozco el recibo de Practice’s Notice of Privacy Practices. También autorizo a SouthEast Eye a que use mi información médica para hacerme tratamientos, obtener los pagos para los servicios que me han sido dados, y conducir operaciones de cuidado de salud.

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma **X**  Fecha

**SERVICIOS Y CUOTAS DE REFRACCIÓN**

Una refracción es el proceso de determinar tu vista mejor corregida y si hay una necesidad de tener lentes o contactos. Una refracción típicamente nos es cubierta por servicios de Medicare o aseguranzas médicas. Estos planes consideran una refracción como servicio de “vista” y no servicio “médico”. Si usted pide una receta de lentes en su visita, nuestra cuota para una refracción es $30.00 y es seleccionado al momento del servicio en adición a cualquiera copagos que tu plan requiera. Si tu plan nos paga por la refracción, nosotros te reembolsaremos.

Refraccion

Código de CPT: 92015

Cuota: $30.00 USD

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma **X** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma de Guardián (Legalmente responsable se aplica) Relación al paciente Testigo (de los empleados)**

**6127 Green Bay Rd. Suite 300 ⬬ Kenosha, WI 53142 ⬬ phone 262-654-0726 ⬬ fax 262-654-4365**