



Colorado Family
Eye Centers



Children's Eye Physicians



Colorado Center
for Eye Alignment

Correo electrónico del paciente/padre : _____

(Así es como Children's Eye Physicians se comunica con el paciente / padre con respecto a la facturación, cierres de oficina, recordatorios para citas, etc..)

El seguro de la vista del paciente es: VSP EYEMED SPECTERA OTRO NINGUNA

¿El paciente usa lentes de contacto? SI NO

¿El paciente espera hablar sobre lentes de contacto con el médico hoy? SI NO

¿El paciente desea actualizar su receta de lentes de contacto en la visita de hoy? SI NO

Tenga en cuenta que habrá un cargo adicional por los servicios de lentes de contacto que pueden o no estar cubiertos por su seguro médico o seguro de la visión

Además de la tarifa del examen de hoy, PUEDE necesitar servicios adicionales para brindarle al paciente la mejor calidad de atención. Estos servicios no siempre están cubiertos por un seguro médico o de la vista. Es posible que tenga tarifas adicionales fuera de la tarifa del examen. Algunos de los servicios adicionales son (no todos los servicios se detallan a continuación):

- Refracción
- Sensorimotor
- Cirugía en oficina
- Fotos
- Escaneos en oficina
- Prisma
- Parches

Divulgación de información: Autorizo a Children's Eye Physicians a divulgar los registros médicos de este paciente a cualquier entidad cubierta que participe en su atención.

Asignación de beneficios: Autorizo a mi aseguradora a asignar todos los beneficios quirúrgicos, médicos o de rutina directamente a Children's Eye Physicians. Autorizo la divulgación de la información médica necesaria para procesar todas las reclamaciones de seguros.

Política de pago: Children's Eye Physicians facturará a su seguro por cortesía y aceptará su tarifa negociada por los cargos facturados. Sin embargo, usted será responsable de cualquier saldo que el seguro considere como responsabilidad del paciente. El pago se espera en su totalidad en el momento del servicio o al momento del procesamiento del seguro al proporcionar la información de pago en el momento del servicio o al recibir un estado de cuenta por correo electrónico. Usted es responsable de los cargos no pagos por los servicios prestados y cualquier cobro, abogado o honorarios judiciales incurridos.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Firma del paciente/padre

Fecha

Your vision is our mission

SOUTHEAST PEDIATRIC MEDICAL CENTER
9094 E Mineral Ave, Suite 200
Centennial, CO 80112



CENTRAL PARK PROFESSIONAL BUILDING
2373 Central Park Blvd, Suite 102
Denver, CO 80238



WEST RIDGE OFFICE PARK
4875 Ward Road, Suite 600
Wheat Ridge, CO 80033