Reconocimiento de la Practica

RED BLUFF VISION CENTER \*\* AURORA V. BARRIGA, O.D.

715-A Jackson Street \* Red Bluff, CA 96080 \* (530) 527-9242

**Requerimos 4 firmas, por favor:**

# Acuse de Recibo de Notificacion de Practicas de Privacidad

Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FDN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Me han dado la opoortunidad de revisar una copia de Red Bluff Vision Center’s **Aviso de Practicas de Privacidad**. Soy consciente de que puedo pedir una copia de este Aviso para mis registros personales.

(Usted puede negarse a firma este reconocimiento) Paciente se nego: \_\_\_\_\_\_ Iniciales del Personal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Liberacion de Informacion**

[ ] Autorizo la liberacion de informacion, incluyendoel diagnostic, registros, examen que me prestaron e informacion de reclamaciones. Esta informacion puede ser divulgada a:

[ ] Esposo(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ] Hijo(s)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 [ ] Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ] Informacion no es para ser liberada a nadie

X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del Responsable Fecha

# Poliza de Ordenes de Anteojos

Todos los anteojos son ordenes personalizadas y no pueden ser devueltos por credito. **Todas las ventas son definitivas**. Nosotros le notificaremos cuando recibamos sus nuevos lentes y usted tendra 60 dias para recogerlos. Sus lentes seran donados a la caridad si no han sido recogidos en 60 dias. Reconozco y he leido la Poliza de Orden de anteojos.

X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del Responsable Fecha

**Poliza de Ordenes de Lentes de Contacto**

Todos los lentes de contacto deben ser pagados en su totalidad al ser dispensados. Cajas sin abrir pueden ser devueltas o intercambiadas por la receta actual. Lentes de contacto vencidos no seran aceptados. Cajas abiertas, dañadas o alteradas no pueden ser devueltas o cambiadas por credito o intercambio.

X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del Responsable Fecha

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

**Directrices Financieras**

Comprendo completamente las Directrices Financieras para Red Bluff Vision Center. Red Bluff Vision Center gustosamente procesara mi reclamacion de aseguranza si la aseguranza se proporciona en o antes del dia del servicio. Reclamaciones de aseguranza retroactivo es mi responsabilidad. Reconozco que yo soy responsable por el pago de los servicios independientemente de la decision de la aseguranza. Entiendo que mi porcion estimada o co-pagos se deben pagar en el momento del servicio, a menos que se arregle lo contrario.

X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del Responsable Fecha