



21098 Bake Parkway, Suite 110
Lake Forest, CA 92630
Tel: (949) 597-0104 Fax: (949) 597-0106
www.ModernEyewear.com

FIRMA EN ARCHIVO

Nombre del Asegurado _____

Nombre del Paciente _____
(si es diferente del asegurado)

Entiendo y estoy de acuerdo que soy responsable por el pago en total de todos los cobros que resulten de estas visitas. También entiendo y estoy de acuerdo y acepto la responsabilidad de los pagos que mi seguro no pague.

Entiendo y estoy de acuerdo que todos los deducibles de mi seguro y los gastos que no paguen deben ser pagados al tiempo de los servicios.

Autorizo por este medio, hacer pagos directamente a Modern Eyewear Optometry, por servicios recibidos de los Doctores Charles Domínguez o Cheryl Alderson.

Autorizo la liberación de toda la información médica a mi seguro de salud: 1)adquirida en el transcurso de mis examnes y tratamiento y 2)que puede haber teniendo los beneficios pagaderos bajo este o cualquier otro plan que ofrece beneficios o servicios.

Autorizo a Modern Eyewear Optometry para obtener pagos de mi compañía de seguro medica.

Autorizo la copia de mi “Firma en Archivo” para ser usada como original en todos los cobros a mi seguro.

Firma autorizada de la Persona Asegurada Fecha