



Fecha: _____

Entiendo que si por alguna razón mi seguro, _____, no cubre la visita de hoy, seré responsable financieramente de todos los servicios prestados, incluidos los gastos de visita al consultorio y / o los gastos de las pruebas.

En_endo que esto incluye seguros que requieren una remisión y que sin una remisión de mi médico de atención primaria; los de hoy estarán sujetos a beneficios, deducibles, coseguros y copagos fuera de la red. Si la póliza de seguro no _ene beneficios fuera de la red, seré responsable por el cargo completo. Si puedo proporcionar una referencia con la fecha adecuada, en_endo que KLH Eyes LLC presentará una solicitud a mi seguro en mi nombre.

Después de leer este formulario, mi firma a con_nuación reconoce que seré responsable financieramente y daré voluntariamente mi autorización y consen_miento.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Paciente (o persona autorizada para firmar por el paciente)

Fecha

Testigo

Fecha

KLH Eyes LLC
9 Executive Park Court
Germantown, MD 20874
(240) 668-4150
Fax: (240) 442-1138
KindEyecare.com