

**San Pablo Optometric Center  
14240 San Pablo Avenue  
San Pablo, Ca 94806  
(510) 232-3060**

**Polisa de devolución de anteojos y lentes de contacto**

La compra de anteojos y lentes de contacto son finales. Sin embargo, si hay una necesidad de un ajuste a la prescripción no hay cargos extra durante 90 días de el dia en que fueron recogidos.

Todos los marcos tienen garantía del fabricante por 1 año desde la fecha de compra. La garantía es válida por cualquier defecto de fabricación. La garantía no incluye cualquier daño accidental o ruptura del marco. Aunque el fabricante reemplaze el marco, el paciente es responsable de los gastos de envío de aproximadamente \$20.00.

No hay devoluciones o cambios en los lentes de contacto, a menos que haya un defecto del fabricante o un problema con las medidas.

**Polisa de los cheques devueltos**

Si el banco devuelve su cheque por falta de fondos, le cobraremos su balance más un cargo adicional de \$20.00.

**Recepción de la notificación de las Políticas de Privacidad y Formulario de Consentimiento**

El Aviso de prácticas de privacidad que se han dado describe estos usos y divulgaciones en detalle. Usted es libre de hacer referencia a este aviso en cualquier momento antes de firmar este formulario. Como se describe en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, el uso y divulgación de su información médica para propósitos de tratamiento no sólo incluye la atención y el servicio ofrecido aquí, sino también la divulgación de su información de salud que sean necesarias y apropiadas para que pueda recibir atención de seguimiento de otro profesional de la salud. Asimismo, el uso y divulgación de su información médica para fines de pago comprende (1) nuestra presentación de su información médica a un agente de facturación o vender para la tramitación de reclamaciones o la obtención del pago; (2) nuestra presentación de solicitudes a los pagadores de terceros o aseguradoras para la revisión reclamación, determinación de las prestaciones y el pago; (3) Nuestra presentación de su información de salud a los auditores contratados por terceros pagadores y las aseguradoras, y (4) otros aspectos del pago descrito en nuestro Aviso de Prácticas Privadas. Nuestro Aviso de prácticas de privacidad se actualizará cada vez que nuestras prácticas de privacidad de cambio. Usted puede obtener una copia actualizada aquí en la oficina.

Al firmar este documento de consentimiento, usted manifiesta que está de acuerdo que podemos y vamos a usar y divulgar su información médica para tratarle, para obtener pago por nuestros servicios y para realizar operaciones de atención médica. También significa que usted también ha recibido una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.

Usted tiene derecho a pedirnos que restringir los usos o divulgaciones realizadas con fines de tratamiento, pago u operaciones de salud, pero como se describe en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, no estamos obligados a aceptar estas restricciones sugeridas. Si estamos de acuerdo, sin embargo, las restricciones son vinculantes para nosotros. Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo pedir restricción.

He leído este documento y lo entiendo. Doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información de salud para fines de tratamiento, pago y operaciones de salud. Reconozco que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad.

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_