

# Privacy Notice Acknowledgement

As required by Federal Law, Westrum Optometry has made its Privacy Notice available to me. The notice summarizes ways my Protected Health information may be used and disclosed.

X \_\_\_\_\_  
Signature if Patient/Guardian/Representative

X \_\_\_\_\_  
Date Signed

\_\_\_\_\_  
Relationship to Guardian/Representative

## **Insurance Assignment and release**

I certify that I, and/or my dependent(s), have insurance coverage with \_\_\_\_\_ and assign directly to Westrum Optometry, Dr. Westrum, all insurance benefits, if any, otherwise payable to me for services rendered. **I understand that I am financially responsible for all charges whether or not paid by insurance**(all insurance benefits are no guarantee of payment).

I authorize the use of my signature on all insurance submissions. Dr Westrum, Westrum Optometry and Staff may use my health care information and may disclose such information to the above-named insurance company(ies) and their agents for the purpose of obtaining payment for services and determining insurance benefits payable for related services.

X \_\_\_\_\_  
Signature of Patient/Guardian/Representative

X \_\_\_\_\_  
Date Signed

## **Westrum Optometry Policies and Warranties**

### **No Show Policy**

As a courtesy, we ask our patients to notify us 24 hours prior to their appointment time to either reschedule or cancel their appointment. If you fail to cancel your appointment with at least a 24 hour notice we may assess a \$20 no-show fee to your account(*No show fee's will apply after your second no show*). This no-show charge is not reimbursable or covered by your insurance company.

### **Frame Warranty Policy**

\*Each frame has a one year one time breakage warranty(Excludes special packaged prices), from normal wear and tear or manufactures defect. There is no warranty on lost or stolen frames. All vintage frames are sold as is and have no warranty. Any frames that are not purchased from Westrum Optometry have no warranty and will be used at patients own risk. Eyeglass/sunglass orders are highly customized and cannot be canceled once order has been placed. **Westrum Optometry does not accept exchanges or returns for prescription glasses/sunglasses.**

### **Contact Lens Policy**

\*Contact lens evaluations (renewal) is \$80.00 for single vision or \$120 for Multifocal and includes follow up appointments up to a month after initial exam. Contact lens evaluations should be done within the 90 days of initial exam. Any Contact lens evaluation (renewals) after the 90 days will be charged as a complete exam. Contact lens prescriptions are valid for one year after initial exam. contact lens boxes can be returned within six months for *credit only* after initial purchase as long as boxes are unopened, unmarked, and undamaged.

X \_\_\_\_\_  
Sign that you've read and understood our policies & warranties

X \_\_\_\_\_  
Date signed

## **Aviso De Privacidad**

Como requerido por la Ley Federal, Westrum Optometry me a presentado el Aviso De Privacidad en donde me explica las diferentes formas donde el uso y el compartimiento de mi información de salud esta protegida.

**X** \_\_\_\_\_  
Firma del paciente o Padre/Representante

**X** \_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

### **Asignación y Liberación del seguro(s)**

Yo certifico que yo y/o mis dependiente(s) tenemos cobertura del seguro con \_\_\_\_\_ y asignamos directamente a Westrum Optometry/Dr.Westrum todos los beneficios del seguro, si alguno o en caso contrario yo me hago responsable de todos los servicios dados. **Yo entiendo que yo me hago financieramente responsable de todos los cargos que no sean liquidados por el seguro(todos los beneficios del seguro no son garantía de pago).** Yo autorizo con mi firma a Westrum Optometry/ Dr.Westrum el uso de mi información medica a la compañía de seguros antes mencionada y sus agentes para la obtención de pago y determinación de beneficios pagables relacionadas a mis servicios.

**X** \_\_\_\_\_  
Firma del paciente o Padre/Representante

**X** \_\_\_\_\_  
Fecha

### **Westrum Optometry Pólizas y Garantías**

#### **Póliza de no presentarse**

Como cortesía, les pedimos a nuestros pacientes que nos notifiquen 24 horas antes de la hora de su cita para reagendar o cancelar su cita. Si no cancela su cita con al menos un aviso de 24 horas, se le agregara una tarifa de \$20 a su cuenta(se aplicará la tarifa por no presentarse después de su segunda ausencia). Este cargo por no presentarse a su cita no es reembolsable ni está cubierto por su compañía de seguros.

#### **Póliza de Garantía de Armazones**

Todos los armazones tienen garantía por un año por cualquier defecto de fabrica o desgaste normal. En caso de abuso excesivo o perdida de armazón **no hay garantía.** Cualquier armazón no comprado en Westrum Optometry o que tenga más de un año de uso no tendrá garantía y se utilizara bajo el propio riesgo del paciente. Cada orden de anteojos son ordenes altamente personalizadas y no pueden ser canceladas una vez que se haya realizado el pedido. **Westrum Optometry no acepta cambios ni devoluciones de anteojos después que la orden ha sido realizada.**

#### **Póliza de Lentes de Contactos**

El costo del examen de contactos (renovación) es \$80 y para multifocal \$120. Esto incluye las consulta necesarias hasta un mes después de la fecha del examen. Examen de contactos(renovación) deben realizarse dentro de los 90 días posteriores examen inicial. Cualquier evaluación de lentes de contacto (renovaciones) después de los 90 días será cobrado como examen completo. Las recetas de lentes de contacto son válidas por un año después del examen inicial. Las cajas de lentes de contacto pueden devolverse dentro de los seis meses para obtener crédito solo después de la compra inicial, siempre y cuando las cajas estén sin abrir, sin marcar y sin daños.

**X** \_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Padre/Representante

**X** \_\_\_\_\_  
Fecha