

Shepard Eye Center

Estimado Paciente:

Fecha: _____

Anticipamos con placer verle el día de su cita. Favor de elegir al doctor con quien tenga la cita o desea ver:

- Dr. Stephen Bylsma
- Dr. Rami Zarnegar
- Dr. Dan Shepard
- Dr. Randall Goodman
- Dr. James Franta
- Dr. Duistermars

-
- Favor de completar las formas encuestas de Información Personal e Historial Médico.
 - Traiga con usted una lista de cualquier medicamento que toma actualmente.
 - Si usa lentes, favor de traerlos consigo. Si usa lentes de contacto, traiga la información de la receta o de la caja de los lentes.
 - Si tiene aseguranza médica, favor de traer su(s) tarjeta(s) consigo.

Esto facilitará que los médicos puedan proveerle el mejor cuidado médico.

- Mandaremos los cobros a su aseguranza médica o su aseguranza de visión por usted.
- Si usted mismo es responsable por pagar la cuenta (es decir, si no vamos a mandar los cobros a la aseguranza), se cobrará el pago el día de su visita.
- Si su plan de aseguranza requiere que tenga una autorización, favor de obtenerla antes de venir a su cita.
- Si su plan de aseguranza requiere que usted pague parte de su visita (co-pago), o no ha pagado su deducible de este año, se cobrará el pago el día de su visita.
- Si fuera posible, ayudaría con su cuidado si le podría acompañar un adulto que hable inglés para traducir.

Le agradecemos su atención. Le invitamos a llamarnos si podemos ayudarle a preparar para su visita. Si necesita cambiar o cancelar su cita, favor de avisarnos con 24 horas de anticipación.

SHEPARD EYE CENTER
/encl.