



Dr Andrew D Chen, Optometrist
 Coral Reef: 12091 SW 152nd Street. Miami, FL 33177. Ph: 305-232-3937 Fax: 305-232-3936
 Sunset: 7000 SW 97th Avenue, Suite 203. Miami, FL 33173. Ph: 786-452-8787 Fax: 786-452-8786
 Email: eyeneve2020@gmail.com ♦ www.eyeneve2020.com

PHYSICIAN’S RELEASE AND ASSIGNMENT

I hereby authorize payment to Dr Andrew Chen of Eye-N-Eye Vision Center of all benefits applicable and otherwise payable to me from my insurance carrier, HMO or other third payer, for services rendered at Eye-N-Eye Vision Center. I understand that I am financially responsible to Eye-N-Eye Vision Center for any and all charges that the carrier declines to pay. I hereby authorize the release of my medical records as deemed necessary for payment of insurance benefits.

Por la presente autorizo el pago directamente a Dr Andrew D Chen de Eye-N-Eye Vision Center todos los beneficios derivados del seguro que ampara al paciente y que normalmente yo tendria derecho a recibir. Con mi firma autorizo transferir todos los documentos relacionados a mi tratamiento medico a mi compania de seguro para procesar mi reclamacion. Yo entiendo que soy responsable por todos los cargos no cubiertos bajo mi seguro medico.

 Patient’s Signature/Firma del paciente

 Date/Fecha

HIPAA

By signing below, I acknowledge that I have read and understand the Notice of Privacy Practices of the federal HIPAA Privacy Rule.

Al firmar he leído y comprendo las leyes federales de privacidad llamada HIPAA correspondientes a la privacidad de el paciente.

 Patient’s Signature/Firma del paciente

 Date/Fecha

MINORS

If patient is under 18: I hereby give permission for _____ to be treated by Dr Andrew Chen and associates.

Si el paciente es menor de 18: Autorizo que _____ reciba tratamiento por el Dr Andrew Chen y asociados.

 Parent’s Signature/Firma del parente

 Date/Fecha