

Nombre: _____

Dirección: _____

Nombre preferido: _____

Ciudad, Estado Código postal: _____

Teléfono celular/principal: _____

Teléfono alternativo: _____

Fecha de nacimiento: _____

Correo electrónico: _____

Género: **Masculino / Femenino**

Ocupación: _____

¿Cómo se enteró de nosotros? _____

Si actualmente utiliza un seguro, complete lo siguiente:

Compañía de seguros: _____

ID de suscriptor / SSN: _____

Titular principal de la tarjeta: _____

Fecha de nacimiento del primario: _____

Relación con el principal: **Yo mismo Cónyuge Hijo Otro**

Empleador principal: _____

Motivo de la visita de hoy: _____ Fecha del último examen de la vista: _____

¿Te gustaría que te evaluarán y te asignaran contactos hoy mismo? **Sí / No**

¿Usas gafas, lentes de contacto o ambos? _____ ¿Usas computadora? **Sí / No**

¿Está recibiendo tratamiento actualmente para? (marque con un círculo)

Diabetes, retinopatía diabética, hipertensión, colesterol alto

¿Le han diagnosticado o tratado alguna otra afección médica? En caso afirmativo, explique.

Enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente: _____

Enumere todos los medicamentos a los que es alérgico: _____

¿Le han diagnosticado o tratado alguna enfermedad ocular o se han sometido a una cirugía ocular? En caso afirmativo, explique.

¿Estás embarazada o amamantando?

Sí / No

¿Tiene usted alergias estacionales?

Sí / No

¿Ves destellos de luz en tu visión?

Sí / No

¿Tiene usted visión doble?

Sí / No

¿Sufre usted de pérdidas temporales de visión?

Sí / No

¿Ves objetos flotando en tu visión?

Sí / No

¿Alguien en su familia inmediata ha sido diagnosticado o tratado por:

Glaucoma: **Sí / No**

Ojo vago:

Sí / No

Diabetes: **Sí / No**

Problemas de retina:

Sí / No

Cataratas: **Sí / No**

Degeneración macular:

Sí / No

¿Le gustaría hacerse la exploración de retina con Optomap hoy? Consulte el folleto de Optomap para obtener más información.

___ **SOLICITO** un Optomap que esté **totalmente cubierto** por mi seguro.

___ **RECHAZO** un Optomap hoy.

¿Le gustaría que le dilataran hoy? Podría haber un costo adicional.

La 'Importancia de la dilatación' está impresa en su portapapeles si no está familiarizado con el procedimiento.

___ **SOLICITO** dilatación hoy.

___ **RECHAZO** la dilatación hoy.

He leído la Importancia de la Dilatación y el Aviso de Prácticas de Privacidad que están impresos en mi portapapeles.

o Firma del Tutor: _____ Fecha: _____

SOBRE SU SEGURO

Existen dos tipos de seguro que le ayudarán a pagar sus servicios y productos para el cuidado de la vista. Puede tener ambos, y nuestra clínica los acepta.

- Planes de cuidado de la vista (como VSP y EyeMed)
- Seguro médico (como BlueCross/BlueShield y Medicare)
- **Algunos planes VSP tienen "Cobertura de atención médica esencial" que es secundaria a su seguro médico.

Los planes de cuidado de la vista solo cubren exámenes de la vista de rutina, además del uso de anteojos y lentes de contacto. Cubren una evaluación básica de enfermedades oculares. No cubren el diagnóstico, el manejo ni el tratamiento de enfermedades oculares.

Se debe utilizar un seguro médico si tiene algún problema de salud ocular o un problema de salud sistémico que tenga complicaciones oculares.

Su médico determinará si estas condiciones le corresponden, pero algunas se determinan según su historial médico. Si tiene ambos tipos de seguro, es posible que debamos facturar algunos servicios a un plan y otros al otro. Utilizaremos la coordinación de beneficios para hacerlo correctamente y minimizar sus gastos de bolsillo.

Facturaremos los servicios a su plan de seguro si somos proveedores participantes. Intentaremos obtener autorización previa para los beneficios de su seguro para poder informarle qué cubre. Si su plan no cubre algunos cargos, le facturaremos cualquier deducible, copago y servicio no cubierto pendiente, según lo permita el contrato de seguro.

He leído y estoy de acuerdo con estas políticas.

[X] _____ Fecha: _____

Por favor, proporcione sus tarjetas de seguro a nuestro personal.



POLÍTICA DE TARIFAS DE LENTES DE CONTACTO

Habrà una tarifa de evaluaci3n de lentes de contacto para todos los exàmenes de lentes de contacto, ademàs de la tarifa de su examen (o copago si utiliza seguro) para su examen ocular completo. La tarifa de lentes de contacto incluye lentes de contacto diagn3sticos y todas las visitas de seguimiento aplicables durante los 60 días posteriores al ajuste inicial, sin costo adicional. Si se le atiende despu3s del perío3do inicial de 60 días o en exceso de tres visitas, se le podrà cobrar una tarifa de \$40.00.

- Si usted tiene beneficios de materiales con su seguro, estas tarifas pueden ser establecidas por ellos o con descuento. Incluso puede pagar este servicio utilizando parte de su asignaci3n de lentes de contacto. Si “no ha pagado esto antes”, simplemente se dedujo de su asignaci3n de lentes de contacto.
- Si no tiene beneficios de materiales con su seguro, los cargos por el ajuste de lentes de contacto seràn su responsabilidad, pero le otorgaremos un descuento del 10%.

Estas tarifas dependen del tipo de lente que sea màs adecuado para sus ojos. Nuestras tarifas estàndar son:

- Esféricos – \$75
- T3ricos – \$85
- Monovisi3n – \$95
- Multifocales – \$95
- Gas Permeable – \$120
- Medicamente Necesarios – \$200

Estas tarifas no son reembolsables, ya que este es un servicio adicional que se le brinda màs allà de un examen ocular completo. Los productos de lentes de contacto (lentes y soluciones) no estàn incluidos.

Entiendo las tarifas y acepto este servicio hoy.

[X] _____ Fecha _____

o

Declino este servicio hoy.

[X] _____ Fecha _____

Informaci3n adicional

Nosotros (y todos los demàs) cobramos por el servicio adicional de lentes de contacto. Si “no pag3 este antes”, simplemente se tom3 de su asignaci3n de seguro para lentes de contacto. Esto lo hace màs sencillo y evita la conversaci3n difícil de “no pagamos esta tarifa antes”, pero hemos optado por dejar esta tarifa clara.

Los lentes cosméticos de color con tinte no pueden devolverse. La mayoría de los otros lentes pueden devolverse o cambiarse dentro de los 60 días posteriores a la fecha del pedido. Los lentes desechables o cajas deben estar sin abrir y en su condici3n original, SIN MARCAS en las cajas. Las cajas de lentes de contacto dañadas o abiertas generalmente no pueden devolverse para obtener un crédito completo. Los lentes de contacto deben pagarse en su totalidad al momento de la entrega.

Usted tiene derecho a recibir una copia de su receta de lentes de contacto una vez que el m3dico examinador finalice la receta. Recibir un lente de prueba puede no constituir una receta finalizada. Se le entregarà una copia impresa si finaliza en nuestra oficina. Si finaliza por tel3fono, correo electr3nico o nuestro sistema en lnea, usted acepta la entrega digital de su receta. Si ordena menos de un suministro para un año, le enviaremos un enlace para reordenar, pero puede optar por no recibirlo en cualquier momento.

Las recetas de lentes de contacto son vàlidas por un año.

Importancia de la Dilatación

Nuestros doctores realizan de manera rutinaria la dilatación pupilar para detectar problemas internos del ojo, incluyendo enfermedades de la retina, cataratas, degeneración macular, glaucoma y otras enfermedades de la vía visual que pueden provocar pérdida de la visión.

La dilatación consiste en la aplicación de gotas en los ojos, lo que hace que las pupilas se agranden y permite al doctor realizar un examen interno del ojo. La dilatación se recomienda para todas las personas, pero es especialmente importante para los pacientes diabéticos y para los pacientes mayores de 40 años.

Después de un examen con dilatación, experimentará sensibilidad a la luz y visión borrosa durante 4 a 6 horas. Se le proporcionarán lentes de sol después del examen, pero se recomienda que venga acompañado de un conductor.

Aviso de Prácticas de Privacidad

Este aviso describe cómo su información médica puede ser utilizada y divulgada, y cómo usted puede obtener acceso a esta información. Este aviso es efectivo a partir del 23/09/13 y hasta nuevo aviso.

Una versión de cinco páginas de este documento, con ejemplos y mayor detalle, está disponible en nuestro sitio web o puede solicitar una copia a la recepcionista.

Sus Derechos

- Obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico
- Solicitar que corrijamos su expediente médico
- Solicitar comunicaciones confidenciales
- Pedir que limitemos el uso o la divulgación de su información
- Obtener una lista de las personas o entidades con las que hemos compartido su información
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Designar a alguien para que actúe en su nombre
- Presentar una queja si considera que sus derechos han sido violados

Información de Contacto

Perfect Focus Eyecare
967 N McQueen Rd
Chandler, AZ 85225
480-726-3445