

Patient History Information

Bienvenido a nuestra oficina si esta es su primera visita o si ya es nuestro paciente gracias por preferirnos otra vez, tome por favor un momento para llenar las siguientes dos páginas, gracias.

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA de Nacimiento
----------	---------------	----------------	---------------------

<u>Email</u>	TELEFONO#
--------------	-----------

LUGAR DE TRABAJO/ EMPLEADOR	OCUPACION
-----------------------------	-----------

DOCTOR PRIMARIO	NUMERO DE TELEFONO DE DU SU MEDICO PRIMARIO
-----------------	---

ULTIMO EXAMEN DE LA VISTA	NOMBRE DEL DOCTOR
---------------------------	-------------------

CUANTO TIEMPO TIENE CON SUS LENTES?	CUANTO TIEMPO TIENE CON SUS LENTES CONTACTO?
-------------------------------------	--

ESTA INTERESADO EN EL EXAMEN DE LENTES DE CONTACTO?	SI	NO
---	----	----

PASATIEMPOS	ESTA TOMANDO ALGUN MEDICAMENTO?	NO
	SI - (LISTA DE SUS MEDICAMENTOS)	

ES ALERGICO A ALGUN MEDICAMENTO?	NO	SI CUAL?	EMBARAZADA??	HISTORIA SOCIAL <small>(requerida por casi todas las compañías de seguro)</small>
			NO	Fuma Ud.?
			SI # de meses	Toma Alcohol?
				Usa algún tipo de Droga?

Estoy de acuerdo que el pago de mis beneficios del seguro incluyendo el Medicare, sea pago a la clinica por cualquier servicio rendido por el Doctor a mi persona. Yo autorizo a la clinica que mi informacion medica sea proporcionada a la compañía de seguro y a sus agentes para determinar estos beneficios o los beneficios pagados por el servicio correspondiente. Yo entiendo que soy financieramente responsable por todos los servicios deductibles y otros no cubiertos por mi compañía de seguro en 90 dias.

Política Paciente de Pago

1. Aceptamos pago por dinero efectivo, el Cheque, la VISA, la Mastercard, American Express y Discover
2. Apreciamos pago **EN TODO** para todas órdenes. Si eso no es posible entonces un mínimo 50% de depósito es requerido a ordenar gafas y contactos. La balancia será debido antes de recibir gafas o contactos.
3. Las órdenes dejaron más de 30 días serán vueltos al laboratorio y usted perderá su depósito. **Ningunos REEMBOLSOS.**
4. Una vez que órdenes han sido confirmadas nosotros no podemos dar un reembolso. Si usted no es satisfecho con sus marcos nosotros contentamente los cambiaremos UNA VEZ dentro de 30 días. *Pacientes serán responsables de la diferencia si el precio cambiado de marco es más alto mas una cobra de \$20.00. Los lentes cubrieron por seguro puede o no puede ser cubierto bajo el cambio. Nosotros le notificaremos si su seguro no cubrirá cambios de lente
5. Los pacientes que experimentan problemas con sus gafas o contactos pueden ser reexaminados dentro de 30 días de la visita inicial de examen de ojo. Los problemas informaron después de que 30 días contraerán un honorario de visita de oficina para ser reexaminado por el médico.
6. Nosotros obviamente no podemos garantizar que prescripciones llenadas en un laboratorio exterior serán hechas a las mismas especificaciones necesarias por nuestro médico. Los pacientes que escogen tener sus prescripciones llenadas por un laboratorio exterior serán responsables de un \$55.00 honorario de refracción si nuestro médico tiene que reexaminar gafas fabricadas inexactamente en un laboratorio exterior.
7. Lentillas no pueden ser vueltas una vez las cajas son abiertas ni una vez la prescripción ha sido completada y su accesorio ha sido completado. Asegure por favor que usted es cómodo con sus lentes de ensayo antes de abrir las cajas.
8. La información del seguro debe ser presentada en los servicios de tiempo son rendidos. Los seguros presentaron después de que la fecha de servicio no pueda ser procesada ni puede ser honorada. Somos felices de facturar su compañía de seguros una vez nosotros hemos determinado que usted tiene derecho a para servicios. Por favor nota que seguros que no son pagados en 90 días llegarán a ser la responsabilidad del paciente.

HIPPA

Comprendo las leyes de HIPPA relacionas con mi privacidad y proteccion de mi informacion personal por la clinica The Eye Dr .
Estoy en mi derecho de recibir una copia de la leyes de HIPPA de la Clínica The Eye Dr.

Firma de Paciente _____

Fecha _____

Examen Retinal – Examen SIN Gotas – NO DILITACION de la PUPILAS

Los exámenes anuales de la vista permiten al Optometrista detectar cambios en la parte delantera de los ojos que puedan afectar su prescripción de los ojos. También el Doctor necesita chequear la parte de atrás de sus ojos “la retina” para asegurarse que este saludable y no muestren ninguna señal de enfermedad, el examen para examinar su retina es vital para mantener su vista saludable, especialmente si sufre de diabetes, presión arterial, cataratas o cualquier historia familiar relacionada con la vista. La cámara es usada por nuestros Optometristas para obtener un resultado más claro **sin usar gotas para la “Dilatación”**. **El co-pago para este examen es de \$25.00** que tiene que ser pagado el día de servicio. Le informaremos si su plan de seguro cubre este examen.

******En caso de que no acepte hacerse este examen entonces será dilatado, por favor note que con las gotas “Dilatación” su visión estará borrosa y sensible a la luz de 4-5 horas.**

SÍ. Quiero la Foto Retinal para asegurarme de que estoy recibiendo la evaluación de la retina más completa posible. También entiendo que el doctor me aconsejará si es importante tener los ojos dilatados, además de la retina Foto debido a sus resultados y / o si hay áreas de la retina no capturados por la foto de la retina.

NO. Elegir NO tener la retina Foto hoy. Entiendo que mis alumnos serán dilatadas hoy como parte de mi examen completo y entiendo los efectos secundarios de las gotas para los ojos.

ACUERDO DE PACIENTE DE LENTES DE CONTACTO

Debido a la naturaleza y problemas posibles se asoció con el uso de lentes de contacto, es crítico que se pone en contacto ser llevado puesto en la lista prescrita para mantener la salud de sus ojos. Asegurar que los pacientes entienden esta consideración muy importante doctores Anderson, Gill, y Gonzalez han desarrollado esta forma de acuerdo paciente.

Entiendo que seré encajado para lentes de contacto hoy y que los honorarios apropiados comenzarán en 85.00 dólares. Los honorarios variarán según el tipo de lentillas que sentimos son mejor satisfechos para usted. El pago total de honorarios de servicios de lentes de contacto es debido en el momento del examen.

El paciente es únicamente responsable de cuidado y mantenimiento de lentillas usando (soluciones) recomendadas por nosotros, o una marca de nombre sin productos que se mezclan de marcas diferentes. NINGUNAS SOLUCIONES RENU. Siempre lave manos antes de lentillas que se manejan. Las lentillas deben ser almacenadas y limpiadas inmediatamente después de quitar las lentillas o eliminan, si al final de reemplazo período. COMPLETE O SOLUCIONES OPTIFREE RECOMENDADAS PARA LIMPIAR LENTES DE CONTACTO SUAVES Y SOLUCIONES DE BOSTON PARA SOLUCIONES RGP.

El paciente consiente en programar seguir hasta aseguran apropiado adecuado y adaptación a contactos: Lista de persiguen será determinado durante el examen apropiado y una cita será la lista para usted entonces. Si diagnóstico (proceso) las lentillas tienen que ser pedidas que la cita puede ser programada para recibir las lentillas en nuestra oficina del fabricante. El Continúa para todos los problemas y preocupaciones relacionadas con las lentillas de contactos será cubierto para el período de **2 MESES**. Los problemas médicos relacionados con el uso y el abuso de lentillas serán tratados como una visita de oficina médica para la cual el paciente será responsable de presentar el seguro médico y será responsable de co-pagos relacionados con tales visitas. Los pacientes consienten en volver a la oficina del doctor si algún problema se desarrolla con los ojos o el uso de lentes de contacto durante el período de uso de contactos.

Los honorarios de la continuación no incluida en honorarios de prueba originales (después de que 3 meses de la prueba de inicial) comenzarán en 50.00 dólares. Honorarios de visitas médicas relacionado con el abuso de lentillas o infecciones de lentillas comenzará en 75.00 dólares

Para su seguridad de salud y la seguridad de otros pacientes de lentes de contacto las lentillas disponibles no son restituibles, NI reintegrables después de que la prescripción ha sido finalizada y las cajas han sido abiertas. Este es una medida de seguridad encomendada por el gobierno y las fabricaciones de lentes de contacto.

La Firma de Paciente: _____

Fecha _____