**Bienvenidos a la Oficina de EYE CARE 4 TX**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Feche de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_Anos:\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numero de Apartamento :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cuidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_ Codigo postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Numero Social: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo: M/F Edad:\_\_\_\_\_\_\_\_ Empleado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero de Telefono Casa: (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_ Cellular: (\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_ Trabajo : (\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de los Padres del Menor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo Electronico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typo de Pago: \_\_\_\_ Efectivo \_\_\_\_Credito o Debito (Visa/MasterCard/Discover)  **NO ACCEPTAMOS CHEQUES**

Como Supo de Nuestro Clinica? \_\_\_\_\_ Internet \_\_\_\_\_Paso por Aqui \_\_\_\_\_Wal-Mart

\_\_\_\_\_Otro (Sea Especifico) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Historial de Paciente**

Ultimo Chequeo de los Ojos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ La Razon por su Visita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lista de Medicamento que se toma (incluyendo sin receta): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lista de Alergias que Tenga o Alergias a Medicamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor de chequear las condiciones que aplica a ti o cualquier miembro de tu familia.

Usted Familia Usted Familia

Diabetes \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Cataratas \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Alta Pression \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Glaucoma \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Enfermedad de corazon \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Degeneracion ocular \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Problemas de respiracion \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Desprendimiento de retina \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Cancer \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Ojos Volteados \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Trauma de la cabeza \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Ojos cansados \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

HIV Positivo \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Cirugia de ojos \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Exceso de dolor de cabeza \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Trauma en los ojos \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Tiroides \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Flotadores en los ojos \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Enfermedad de los pulmones \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Destellos \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Comezon en los ojos \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Ojos lloroso \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Ardor de ojos \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Embarazo \_\_\_\_\_

Otros condiciones medico de ojo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Aseguranza**

*Toda aseguranza medico/vision debe ser pre-aprobado antes de su examen. Si no podemos verificar cobertura, todos los cargos debe ser pagado en su totalidad cuando los servicios son dados. Si no es elegible para beneficios de seguro, o si es elegible por menos de cobertura completa, usted esta de acuerdo que es financiermente responsable por cualquier saldo no pagado.*

**Aseguranza Medico:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del titular de la tarjeta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Feche de nacimiento del titular de la tarjeta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Seguro social del titular principal: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_

**Aseguranza de vision:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del titular de la tarjeta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Feche de nacimiento del titular de la tarjeta: \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Seguro social del titular principal: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_

**Historial de lentes de contactos (circular el que aplique)**  Permeable al gas/Blandas/Desechable /Monovision/Bifocal/Torica

Nombre de la marca del contacto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Solucion de contacto: Optifree / Renu / Complete / Boston / Otra Marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Yo asumo todo riesgo y responsabilidades de usarlos y mantener mis lentes de contacto. Yo regresare para todas mis visitas de seguimiento. Si por alguna razon yo no sigo lo recomendado en instrucciones de uso y cuidado, estoy de acuerdo y accepto toda responsabilidad de cualquier complicaciones surgidas de incomplimiento.** Seguimientos para contactos hasta tres veces segun lo considere necesario el medico, debe ser completado dentro de los tres meses de visita inicial. Despues de ese period de 90 dias, cualquier seguimientos se sometera a un cargo de $30 por visita.

**Pupila Dilatada ($20 Adicional):** Un procedimiento indoloro en el cual el medico utiliza gotas para agrandar temporalmente las pupilas. Esto permite una mejor vista del ojo interno y ayuda en la deteccion de diversas enfermedades oculares y trastornos. Las dilataciones de la pupila son muy recomendados para todos los nuevos pacientes, pacientes con un historial de glaucoma, cataratas, presion arterial alta, alta prescripcion, diabetes, enfermedad del oid, flashes ligeros, flotadores, trauma a la cabeza o al ojo, pacientes mas jovenes de 12 anos o mayor de 55. Las gotas de dilatacion duran cerca de 4-6 horas. Temporalmente perjudica la vision cercano y aumenta la sensibilidad a la luz. La vision de la distancia generalmente no es afectada. **El doctor fuertemente recomienda a sus ojos ser dilatados para un examen cuidadoso del ojo, sobre todo si este es su primer examen del ojo.**

\*Entiendo la importancia del examen de pupila dilatada y eligo:

A) Ser dilatado.

B) No ser dilatado (Estoy de acuerdo en asumir todos los riesgos asociados con fallas para diagnosticar mi condicion debido a la falta de informacion, que se han proporcionado por esta prueba).

C) Decido esperar a para hablar con el medico para decidir.

**Prueba de Campo Visual ($15 Adicional):** Se utilizara un dispositivo computarizado de alta tecnologia para probar su campo de vision. Esta prueba ayuda detector muchos tipos de perdida de campo visual causado por enfermedades oculares como glaucoma, tumor cerebral, desgarro retiniano, o defecto de nervio optico, etc. Con la deteccion temprana, esta prueba puede prevenir muchas enfermedades que causan ceguera antes de que sea demasiado tarde. Esta pueba no require de gotas. **(Si elige esta prueba junto con una prueba de evaluación retina, obtendrá un descuento de $ 5)**

1. Si, me gustaria que me lo hagan hoy.
2. No, lo rechazo.
3. Decido esperar a para hablar con el medico para decidir.

**TODAS LAS TARIFAS SON PAGADAS AL MOMENTO DEL SERVICIO Y NO SON REEMBOLSABLES.**

**Entiendo que tengo 90 días a partir de la fecha del examen inicial para volver a verificar mi receta de gafas sin incurrir en cargos adicionales. Después de 90 días, el recuento de todos los vasos tendrá un cargo de $ 30.** Acuso recibo del aviso Eye Care 4 Texas aviso de Prácticas Privadas. He leído y acepto todas las condiciones en esta página y autorizo ​​el examen y el tratamiento**.**

Firma del paciente o parte responsable (las personas menores de 18 años deben tener la firma del padre / tutor):

Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_