**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.

**Evaluación de la Retina:**   
Le permite al médico obtener una vista completa del interior del ojo para diagnosticar las enfermedades oculares existentes que pueden conducir a la pérdida permanente de la visión como la degeneración macular, el glaucoma y la retinopatía diabética.   
Se recomienda fuertemente una evaluación de la retina para todos los pacientes nuevos, pacientes con antecedentes de glaucoma, cataratas, presión arterial alta, prescripción alta, diabetes, enfermedad cardíaca, destellos de luz, flotadores o truma en la cabeza o los ojos. Pacientes menores de 12 años y mayores de 55. **Hay dos opciones:**

1: **Dilatacion ($20 adicionales):** Es un Procedimiento sin dolor en el que se usan gotas para agrandar temporalmente las pupilas para permitir al médico una mejor visión del ojo interno. Su visón cercano estará borroso y usted será sensible a la luz durante 4-6 horas.

2. **Imágenes de retina ($ 32 adicionales):** Se toma una fotografía de su retina. Tu visón no está comprometido. No hay gotas involucradas. Este procedimiento le permite al médico documentar y revisar su retina con usted a lo largo del tiempo.

Entiendo la importancia de una evaluación de la retina y elijo (**FAVOR DE ESCOJER UNO**):

A) Imágenes de retina ($32 adicionales) -O- Dilatacion ($20 adicionales)

B) Declino ambas pruebas de evaluación de retina anteriores. (Acepto asumir todos los riesgos asociados con la falta de

diagnóstico de mi afección ocular debido a la falta de información, que puede haber sido proporcionada por estas pruebas.)

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

**Evaluación de campo visual ($ 15 adicionales):** Esta prueba ayuda a detectar muchos tipos de pérdida de campo visual causada por enfermedades oculares como glaucoma, tumor cerebral, rasgadura de la retina o defecto del nervio óptico, etc. Con la detección temprana, esta prueba puede prevenir enfermedades causantes de ceguera Antes de que sea demasiado tarde. Esta prueba no requiere gotas para los ojos. **(Si elige esta prueba junto con una prueba de evaluación retina, obtendrá un descuento de $ 5) (marque con un círculo):**

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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_