

BIENVENIDOS A LA OFICINA DE EYECARE4TX

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____

Dirección: _____ Número de Apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Número de Seguro Social: _____

Sexo: M/F Empleador: _____ Teléfono Celular: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Trabajo: _____

Nombre del Padre del Menor: _____ Correo Electrónico: _____

Tipo de Pago: _____ Efectivo _____ Tarjeta **NO ACEPTAMOS CHEQUES**

Como supo de nuestra clínica: _____ Internet _____ Paso por Aquí _____ Wal-Mart _____ Otro: _____

Historial del Paciente

Ultimo chequeo de la vista: _____ Razón de su visita: _____

Lista de Medicamento: _____

Lista de Alergias o Alergias a Medicamento: _____

Favor de marcar las condiciones que aplica para usted o cualquier miembro de su familia.

	Usted	Familiar		Usted	Familiar
Diabetes	_____	_____	Cataratas	_____	_____
Alta Presión	_____	_____	Glaucoma	_____	_____
Enfermedad del Corazón	_____	_____	Degeneración Ocular	_____	_____
Problemas Respiratorios	_____	_____	Desprendimiento de Retina	_____	_____
Cáncer	_____	_____	Ojos Volteados	_____	_____
Trauma de la Cabeza	_____	_____	Estrabismos	_____	_____
VIH Positivo	_____	_____	Cirugía de Ojos	_____	_____
Dolor de Cabeza/ Migraña	_____	_____	Trauma en los Ojos	_____	_____
Tiroides	_____	_____	Flotadores	_____	_____
Enfermedades Pulmonarias	_____	_____	Destellos	_____	_____
Comezón de Ojos	_____	_____	Ojos Llorosos	_____	_____
Ardor de Ojos	_____	_____	Embarazo	_____	_____

Otras condiciones Médicas: _____

SEGURO MEDICO

**Todo seguro médico/visión debe ser pre-aprobado antes de su examen. Al darnos la información de su seguro, nos está dando permiso para pasar por el seguro que le brinde la mayor cantidad de beneficios. Usted será responsable de cualquier gasto que el seguro no cubra. Si no podemos verificar su cobertura, todos los cargos deben ser pagados en su totalidad el día de los servicios.*

Seguro Médico: _____ ID: _____ Grupo: _____

Nombre del titular: _____ Relación al asegurado: _____

Fecha de nacimiento del titular: _____ Seguro social del titular: _____

Seguro de Visión: _____ ID: _____ Grupo: _____

Nombre del titular: _____ Relación al asegurado: _____

Fecha de nacimiento del titular: _____ Seguro social del titular: _____

Historial de lentes de contactos: Blandos / Desechables / Mono visión / Bifocal / Astigmatismo

Marca del Contacto: _____ Solución: _____

PACIENTES CON LENTES DE CONTACTO:

Yo asumo todo riesgo y responsabilidades de uso y mantenimiento de mis lentes de contacto. Regresare para todas mis visitas de seguimientos. Si por alguna razón yo no sigo lo recomendado en las instrucciones de uso y cuidado, acepto toda responsabilidad de cualquier complicación surgida de incumplimiento. Seguimientos para contactos hasta tres veces sin cobro alguno según lo considere necesario el médico, estos seguimientos serian dentro de tres meses de la visita inicial. Después de los 90 días, cualquier seguimiento tendrá un cobro de \$50 por visita.

Dilatación de Pupila (\$30 adicionales): Se usan unas gotas para dilatar la pupila, esto permite al médico una mejor visión del ojo interno. Su visión cercana estará un poco borrosa por un par de horas y estará sensible a la luz por un par de horas. **Se recomienda ser dilatado si es su primer examen de visión, si tiene historial de diabetes, degeneración macular, glaucoma, cataratas, presión arterial alta, alta prescripción, flashes ligeros, flotadores o trauma a la cabeza o al ojo.**

- A. Acepto la dilatación
- B. Rechazo la dilatación (Estoy de acuerdo en asumir todos los riesgos asociados con fallas para diagnosticar mi condición debido a la falta de información, que se han proporcionado por esta prueba).

Evaluación de Campo Visual (\$20 adicionales): Esto detecta cualquier pérdida de su campo visual causada por enfermedades oculares. Esta prueba no requiere de gotas. **(Si elige esta prueba junto con dilatación de pupila obtendrá \$5 de descuento)**

- A. Si me gustaría
- B. No, la rechazo

TODOS LOS COSTOS SE COBRARAN EL DIA DEL SERVICIO Y NO SON REEMBOLSABLES.

Entiendo que tengo 90 días a partir de la fecha del examen inicial para volver a comprobar mi receta de lentes sin cargos adicionales. Después de 90 días, para verificar su receta tendrá un costo de \$40. Reconozco que recibí el aviso de Eyecare4TX de Practicas Privadas. He leído y acepto todas las condiciones en esta hoja y autorizo el examen y tratamiento.

Firma del Paciente o responsable (menores de 18 años deben de tener la firma del padre/tutor):

Firma: _____ Fecha: _____