

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre (Apellido, Nombre Primero) _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad: ___ OM OF Fecha: ___/___/___
 Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Número de teléfono primario: (____) _____ - _____ Número de teléfono secundario: (____) _____ - _____
 Correo electrónico: _____

SEGURO

Nombre del asegurador primario (Last, First) _____ Relación con la paciente: _____
 Nombre del seguro: _____ Numero de miembro: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___

HISTORIAL DE SALUD OCULAR

Último examen de la vista: _____ Año(s) Nombre del doctor / oficina: _____
 ¿Alguna enfermedad, lesión o cirugía ocular en el pasado? Sí No En caso afirmativo, ¿qué es y cuándo se diagnosticó? _____
 ¿Usas anteojos actualmente? Sí No **Si es así, ¿con qué frecuencia?** Todo el tiempo A veces Para distancia Para cerca
 ¿Usas lentes de contacto actualmente? Sí No **Si es así, ¿qué marca?** _____ Diarios Quincenal Mensual
 ¿Algún problema con tus contactos? Sí No **¿Y si sí, que?** Sequedad Se rasga fácilmente Incómodo al final del día
 ¿Está interesado en la corrección de la visión a través de lentes de contacto (Ortho-K)? Sí No

Marque todos los síntomas que está experimentando actualmente:

<input type="checkbox"/> Visión borrosa -Lejos	<input type="checkbox"/> Visión doble	<input type="checkbox"/> Acuoso	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Sequedad / Arenoso	<input type="checkbox"/> Destello	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Visión borrosa -Cerca	<input type="checkbox"/> Fatiga visual	<input type="checkbox"/> Descarga	<input type="checkbox"/> Ojos que pican	<input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz	<input type="checkbox"/> Flotadores	

HISTORIAL DE SALUD MÉDICA

Nombre del doctor primario: _____ Fecha del último examen físico: _____

¿USTED o algún FAMILIAR DE SANGRE tiene alguna de las siguientes condiciones??

	Usted	Parientes		Usted	Parientes		Usted	Parientes		Usted	Parientes
AIDS/HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiroids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Carrera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nefropatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Enumere los medicamentos que está tomando actualmente, incluidas las gotas para los ojos:

MEDICAMENTOS

Metformin Glipizide Insulin Lisinopril Atenolol
 Atorvastatin Simvastatin Gabapentin Amlodipine Levothyroxine
 Other: _____

Indique sus alergias a medicamentos u otras sustancias:

ALERGIAS

Penicillin Sulfa Drugs
 Other: _____

HISTORIA SOCIAL

¿Practicar algún deporte? Sí No _____ ¿Tienes algún pasatiempo? Sí No _____
 Usted (marque todo lo que corresponda) Fumar Beber Alcohol Usa Drogas
 Horas gastadas en ___ TV ___ Computadora ___ Videojuegos

ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN

Yo certifico que yo y/o mi(s) dependiente(s), tenemos cobertura de seguro con _____ (nombre de aseguranza) y asignó directamente a Luminous Optometry todos los beneficios del seguro. Si los hay, que mi seguro pague por los servicios prestados. Entiendo que soy responsable por todos los cargos sean o no pagados por el seguro. Yo autorizo el uso de mi firma en todas las sumisiones del seguro. El doctor mencionado anteriormente puede usar mi información de atención médica y puede revelar dicha información a la empresa arriba mencionada aseguradora(s) y sus agentes con el fin de obtener el pago de servicios y la determinación de los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Este consentimiento terminará cuando mi plan de tratamiento actual se complete o a un año de la fecha firmada abajo

Firma: _____
 Paciente | Padre | Tutor | Representante personal

Fecha: _____

Escriba el nombre: _____
 Paciente | Padre | Tutor | Representante personal

Fecha: _____

POLITICAS DE DEVOLUCION

SERVICIOS PROFESIONALES

Los honorarios profesionales (examen, refracción, ajuste / evaluación de lentes de contacto o cualquier servicio realizado "por el médico") **NO** son reembolsables

MARCOS PARA GAFAS

Algunos marcos tienen una garantía limitada del fabricante por defectos de un año. Cualquier alteración o pegado de los marcos anulará la garantía. Tenga en cuenta que, debido a las regulaciones del seguro, es posible que no se permitan cambios de marcos. Tenga en cuenta que si los lentes ya están fabricados con el marco que eligió, elegir un marco diferente significará que tendrá que pagar para que los lentes se rehagan en el nuevo marco. Los armazones de Medi-Cal **NO** tienen garantía.

GAFAS DE SOL

Todas las gafas de sol sin receta se pueden cambiar dentro de los **14** días posteriores a la compra. Deben devolverse en estado nuevo y con el estuche original. El crédito total se aplicará a la cuenta del paciente para utilizarlo en compras futuras. Desafortunadamente, **NO** se pueden emitir reembolsos.

LENTE

Todas las lentes están hechas a medida. Por lo tanto, **NO PODEMOS** aceptar ninguna cancelación ni ofrecer ningún reembolso una vez realizado el pedido de los lentes.

Si se han pedido lentes progresivos y no puede adaptarse a ellos, los haremos rehacer a lentes monofocales, bifocales o trifocales sin costo adicional (solo 1 vez). Sin embargo, **NO** obtendrá un reembolso debido a los gastos incurridos por el laboratorio.

Dentro de los **30** días, si no está satisfecho con su receta o lentes, llame al consultorio y hable con un óptico para que lo ayude con este asunto.

LENTE DE CONTACTO

Las cajas de lentes de contacto sin abrir, sin daños, sin marcar y sin vencimiento pueden cambiarse o devolverse por crédito completo para la compra de lentes de contacto o anteojos dentro de **un mes** a partir de la fecha de compra.

PAQUETE PROMOCIONAL

- Los honorarios profesionales (examen, refracción, ajuste / evaluación de lentes de contacto o cualquier servicio realizado "por el médico") **NO** son reembolsables.
- Los marcos **NO** son reembolsables ni intercambiables a menos que sea un defecto del fabricante.
- Las lentes se pueden rehacer una vez si la prescripción no es correcta (problema de no adaptación). **NO** obtendrá un reembolso debido a los gastos incurridos por el laboratorio.

Ofrecemos limpiezas y ajustes ilimitados para cualquier antejo comprado en nuestra oficina sin cargo adicional

Mi firma a continuación certifica que he recibido, leído y acepto estos términos de la política de devolución:

Firma: _____

Fecha: _____

Paciente | Padre | Tutor | Representante personal

HIPAA

CONSENTIMIENTO DE DIVULGACIÓN

Por la presente, doy mi consentimiento a Luminous Optometry para usar y divulgar mi información médica protegida para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Puede cancelar este consentimiento en cualquier momento. Su cancelación debe ser por escrito, firmada por usted o en su propio nombre y entregada a la dirección que se encuentra al final de este formulario. Esto se puede entregar en persona o por correo, pero solo será efectivo cuando lo recibamos. Su cancelación no será efectiva en la medida en que nosotros u otros hayamos actuado en base a este consentimiento.

Tiene derecho a solicitar una restricción sobre el uso y divulgación de su información médica protegida para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a conceder su solicitud, sin embargo, si lo hacemos, la restricción será obligatoria para nosotros.

Nuestra política de privacidad publicada proporciona información más detallada sobre el uso y la divulgación de su información médica protegida. Tiene derecho a revisar nuestra política de privacidad publicada antes de firmar este consentimiento.

Nos reservamos el derecho de modificar los términos de nuestra política de privacidad publicada. Puede obtener una copia de esta política actual en nuestra oficina en cualquier momento o llamando al **(714) 542-2226**.

Consentimiento

Fecha: _____

Nombre de la paciente: _____

Firma de la paciente: _____

Representante del paciente: _____

Relación con la paciente: _____

Cancelación

Fecha: _____

Yo, _____ por la presente anula el consentimiento otorgado anteriormente

Firma de la paciente: _____

Representante del paciente: _____

Relación con la paciente: _____

Su cancelación será efectiva una vez recibida en Luminous Optometry