

### Informacion Personal (Escriba Por Favor)

Nombre		Apellido		Fecha de hoy	
Direccion				Profesion	
Ciudad	Estado	Codigo Postal	Fecha de nacimiento	Edad	O Masculino O Femenino
Numero de telefono preferido			Fecha de su ultimo Examen de los ojos		
Correo Electronico					

### Que lo trae a nuestra oficina?

Quiere anteojos     
  Quiere contactos     
  Problema Medico: \_\_\_\_\_

### Que usa?

Usa Lentes       Usa contactos

### Tiene o tuvo?

<input type="radio"/> Herida en el Ojo	<input type="radio"/> Ojo Peresozo
<input type="radio"/> Cirugia de Ojos	<input type="radio"/> Estrabismo
<input type="radio"/> Cataratas	<input type="radio"/> Terapia de vision
<input type="radio"/> Degeneracion Macular	<input type="radio"/> Glaucoma en la familia
<input type="radio"/> Glaucoma	<input type="radio"/> Otra: _____

### Tiene Ud?

<input type="radio"/> Diabetes	<input type="radio"/> Colesterol Alto
<input type="radio"/> Presion Alta	<input type="radio"/> Artritis Reumatica
	<input type="radio"/> Esta Embarazada

### Es alergico a algun medicamento?

No       Si     
 Escribalos: \_\_\_\_\_

### Escriba los medicamentos que toma:

### Examen Retinal: Dilatacion y Optos

**Dilatacion:** Unas gotas son usadas para agrandar la pupila, permitiendo al Dr. una vista mas complete de la retina. Las gotas causan sensibilidad a la luz y vision borroza, especialmente de cerca, que dura aproximadamente de cuatro a cinco horas.

**Optos:** Optos es una creacion de imagenes digitales de la retina, que es rapida, sin dolor y comoda. Le proporciona una vision amplia a el doctor para confirmar la salud de la retina o para descubrir signos de anomalias. Tambien le proporciona un registro permanente de la retina que puede ser comparado y/o repasado en el examen del siguiente año. Gotas no son requeridas en la mayoria de los casos. **Optos es \$20 adicionales.**

### Informacion De Aseguranza

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Proveedor de seguro: \_\_\_\_\_ ID #: \_\_\_\_\_

### Por favor marque si usted sabe que Aseguranza tiene:

VSP   
  Eyemed   
  Medicaid   
  Spectera   
  CHP+   
  Humana   
  RMUFCW   
  Avesis

**\*\*\*Continua en la parte de atras\*\*\***



Dandole Una Mejor Vista De Colorado

**Reconocimientos**

**Notificacion para el paciente – Consentimiento para tratamiento**

Por favor tenga en cuenta que si usted esta siendo visto hoy para un examen ocular de rutina basada en cualquiera o una combinacion de las siguientes preocupaciones: los antecedentes familiares, enfermedad medica actual y/o condiciones medicas, queja principal, o los resultados de la prueba previa, el doctor puede considerar necesario facturar el examen como examen medico, asi como tambien ordenar pruebas adicionales. Usted sera notificado en el transcurso del examen medico de la facturacion si es necesario. Exámenes medicos no estan cubiertos bajo sus beneficios oculares de rutina o su plan de seguro de vision. Si existe un problema medico, su examen sera facturado medicamente a traves de su compañía de seguro medico y usted sera sometido a sus co-pagos, deducibles y co-seguro. El pago sera debido en el momento de servicio.

**Financiero**

Yo autorizo a cualquier persona/institucion que preste asistencia a proporcionar todos los hechos relacionados con este reclamo. Yo autorizo el pago de mis beneficios de vision y beneficios medicos para ir directamente a Look Optical. Autorizo a Look Optical para que deposite cheques recibidos en mi cuenta, a mi nombre por los servicios prestados. Estoy de acuerdo que si mi empleador, aseguradora o patrocinador del plan niega el pago completo o parcial de mi reclamo, yo sere financieramente responsable de todos los cargos pendientes. Autorizacion obtenida en el momento del servicio no garantiza el pago, y cualquier servicio negado sera agregado a la factura del paciente.

**Los pacientes con seguro deben presentar su informacion a nosotros antes de cualquier servicio/compra. No vamos a facturar a la aseguranza despues que el servicio/producto se haya llevado a cabo, por lo tanto, no habra reembolso! Usted puede enviar el recibo a su compañía de seguros y tratar de obtener su reembolso por si mismo.**

**LOOK OPTICAL NO es responsable por ordenes que los pacientes dejen aqui por mas de 90 dias! Cualquier problema con los contactos o anteojos de prescripcion debe ser identificado dentro de los 30 dias a partir de la fecha del examen. No se aceptan devoluciones. Solo credito de tienda!**

**Certificado de Derechos de Privacidad (Reglas HIPPA)**

Dr. M Dell, O.D (Persona a Contactar)

De acuerdo con las reglas de practicia y privacidad le informamos que a nadie se le va a dar la informacion de su examen sin su consentimiento, ni firma. Si lo desea, solicite una copia para que la lea con mas detalles.

Si la solicita; lea, firme abajo y regresela por favor. Si no la requiere solo firme abajo. Gracias.

**Consentimiento de reconocimientos**

He leído el " Consentimiento para Tratamiento " , " Reconocimiento financiero", y " HIPAA Cumplimiento y Divulgación de la información " como el paciente o el guardian con el fin de firmar este documento, para aceptar los términos.

**Nombre del paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente/Guardián** \_\_\_\_\_ **Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_

