

Informacion Personal

Nombre	Apellido	Fecha de hoy
Numero de telefono	Correo Electronico	

Que lo trae a nuestra oficina?

Quiere Anteojos Quiere Contactos Problema Medico: _____

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:

Eyemed Medicaid Spectera CHP+ Humana RMUFCW Avesis

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: _____