



North Denver
5790 W 44th Ave
Denver, CO 80212
303-421-4422

Aurora
3130 S Parker Rd
Aurora, CO 80014
303-752-2662

Montbello/Green Valley
4804 N Chambers Rd
Denver, CO 80239
303-576-6655

Westminster
8737 Sheridan Blvd
Westminster, CO 80003
303-412-6570

Informacion Personal (Escriba Por Favor) Igual que en el archivo

Nombre		Apellido		Fecha de hoy	
Direccion				Profesion	
Ciudad	Estado	Codigo Postal	Fecha de nacimiento	Edad	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Numero de telefono preferido			Número Celular		
Correo Electronico			Fecha de su ultimo examen de los ojos		

¿Que lo trae a nuestra oficina?
Por favor marque todos los que apliquen.

Quiere un examen comprensivo Quiere anteojos
 Quiere contactos Otra: _____

Visión Doble Ojos Llorosos Destellos/Flotador
 Infeccion Ocular Ojos Irritados Dolores de Cabeza
 Fatiga Visual Ojo Rojo Deslumbramiento

Actualmente Usted:
Por favor marque todos los que apliquen.

¿Usa anteojos? Sí No
 Distancia Leyendo Forrado Multifocal Progresivos

¿Usa contactos? Sí No Marca _____
 Dispensables a diario Tóricos
 Dispensables semanales Duro o permeable al gas
 Dispensables mensuales Visión bifocal o mono

Salud del Ojo: ¿Tiene o a tenindo alguno de estos? *Por favor marque todos los que apliquen.*

Herida en los ojos Ojo Peresozo
 Cirugia en los ojos/Lasik Estrabismo
 Cataratas Terapia de vision
 Degeneracion Macular Queratocono
 Glaucoma Otra: _____

¿Has sido diagnosticado?
Por favor marque todos los que apliquen.

Diabetes Enfermedad del corazón
 Presion Alta Enfermedad de tiroides
 Colesterol Alto Alergias / fiebre del heno
 Arthritis Reumatica Cáncer
 Esta Embarazada VIH/SIDA
 Otra: _____

¿Es alergico a algun medicamento?
 No Sí Escribalos: _____

Por favor Escriba los medicamentos que toma: _____

Por favor anote el historial médico de su familia: _____

¿Fumas productos de tabaco?
 No Sí Cuánto tiempo: _____

Examen retinal: Dilatacion or Optos®

Dilatacion: Unas gotas son usadas para agrandar la pupila, permitiendo al Dr. una vista mas completa de la retina. Las gotas causan sensibilidad a la luz y vision borrosa, 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 abnormalidades. 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.

Dilatacion OR Optos

Optos es \$39.00 adicionales.
Uno o et otro se recomienda cada año.



North Denver
5790 W 44th Ave
Denver, CO 80212
303-421-4422

Aurora
3130 S Parker Rd
Aurora, CO 80014
303-752-2662

Montbello/Green Valley
4804 N Chambers Rd
Denver, CO 80239
303-576-6655

Westminster
8737 Sheridan Blvd
Westminster, CO 80003
303-412-6570

Informacion De Aseguranza

Seguro de Vision

Seguro de Vision Yes No Proveedor: _____

Nombre del asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relación: _____

Empleador del asegurado: _____ ID#: _____

Seguro Médico

Seguro Médico: _____

Nombre del asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relación: _____

Número de grupo del asegurado: _____ ID#: _____

Empleador del asegurado: _____

Reconocimientos

Notificación 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 del examen anterior, 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.

Certificado de Derechos de Privacidad (Reglas HIPAA)

Look Optical está sujeto a las regulaciones estatales y federales. Look Optical y / o su médico pueden divulgar todo o parte del registro del paciente para este servicio a cualquier persona o sorporation que sea o pueda ser responsable en virtud de un contrato con el optometrista, o un miembro de la familia o empleador del paciente para todos o parte de los cargos del proveedor, que incluyen, entre otros, las compañías de servicios médicos o hospitalarios, las compañías de seguros y la compensación del trabajador. Look Optical sigue las pautas de HIPAA. Un informe detallado completo del Aviso Look Optical a las prácticas de privacidad está disponible a pedido.

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: _____

Firma del Paciente/Guardian: _____

Fecha: _____