



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.**



**EYE TO EYE CARE**

Your Highlands Ranch Family Eyecare Specialist

9225 S Broadway  
Highlands Ranch, CO 80129  
303-683-4466

## 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 directamenta a Eye to Eye Care. Autorizo a Eye to Eye Care 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)

Eye to Eye Care está sujeto a las regulaciones estatales y federales. Eye to Eye Care y / o su médico pueden divulgar todo o parte del registro del paciente para este servicio a cualquier persona o sorcporation 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. Eye to Eye Care sigue las pautas de HIPAA. Un informe detallado completo del Aviso Eye to Eye Care 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: \_\_\_\_\_