

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Miraflores Eyecare, PC
Ph: (770) 917-2221
Fax: (678) 433-2063
E-Mail: info@MiraEye.com

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED
PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A
ESTA INFORMACION. POR FAVOR REVISE CON CUIDADO.**

Respetamos nuestra obligación legal de mantener la información de salud (P HI) que lo identifica como privado. Estamos obligados por ley a darle aviso de nuestras prácticas de privacidad. Este Aviso describe cómo protegemos su información de salud y qué derechos tiene al respecto.

TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

La razón más común por la que utilizamos o divulgamos su PHI es para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. Ejemplos de cómo usamos o divulgamos información para fines de tratamiento son: concertar una cita para usted; probando o examinando sus ojos; prescribir anteojos, lentes de contacto o medicamentos para los ojos y enviarlos por fax para que se llenen; refiriéndolo a otro médico o clínica para el cuidado de la vista o ayudas o servicios de baja visión; u obtener copias de su PHI de otro profesional que haya visto antes que nosotros. Ejemplos de cómo usamos o divulgamos su PHI para fines de pago son: preguntarle sobre su salud o planes de cuidado de la vista u otras fuentes de pago; preparar y enviar facturas o reclamos; y cobrar montos impagos (ya sea nosotros mismos o a través de una agencia de cobro o un abogado). "Operaciones de atención médica" significa aquellas funciones administrativas y gerenciales que tenemos que hacer para dirigir nuestra oficina. Algunos ejemplos de cómo usamos o divulgamos su PHI para las operaciones de atención médica son: auditorías financieras o de facturación; garantía de calidad interna; decisiones de personal; participación en planes de atención administrada; defensa de asuntos legales; planificación empresarial; y almacenamiento externo de nuestros registros.

Utilizamos rutinariamente su PHI dentro de nuestra oficina para estos fines sin ningún permiso especial. Si necesitamos divulgar su PHI fuera de nuestra oficina por estos motivos, generalmente le solicitaremos un permiso especial por escrito.

USOS Y DIVULGACIONES POR OTRAS RAZONES SIN PERMISO

En algunas situaciones limitadas, la ley nos permite o requiere que usemos o divulguemos su PHI sin su permiso. No todas estas situaciones se aplicarán a nosotros; algunos nunca pueden aparecer en nuestra oficina en absoluto. Tales usos o divulgaciones son:

- cuando una ley estatal o federal exige que cierta PHI sea informada para un propósito específico;
- para fines de salud pública, como informes de enfermedades contagiosas, investigación o vigilancia; y avisos hacia y desde la Administración Federal de Alimentos y Fármacos (FDA, por sus siglas en inglés) con respecto a medicamentos o dispositivos médicos;
- divulgaciones a las autoridades gubernamentales sobre víctimas de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica;
- usos y divulgaciones para actividades de supervisión de la salud, como para la licencia de médicos; para auditorías de Medicare o Medicaid; o para la investigación de posibles violaciones de las leyes de atención médica;
- divulgaciones para procedimientos judiciales y administrativos, como en respuesta a citaciones u órdenes de tribunales o agencias administrativas;
- divulgaciones con fines policiales, como para proporcionar información sobre alguien que es o se sospecha que es una víctima de un delito; para proporcionar información sobre un crimen en nuestra oficina; o para reportar un crimen que sucedió en otro lugar;
- divulgación a un médico forense para identificar a una persona muerta o determinar la causa de la muerte; o a directores de funerarias para ayudar en el entierro; o a organizaciones que manejan donaciones de órganos o tejidos;
- usos o divulgaciones para investigaciones relacionadas con la salud;
- usos y divulgaciones para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad;
- usos o divulgaciones para funciones gubernamentales especializadas, como para la protección del presidente o de funcionarios gubernamentales de alto rango;
- para actividades legales de inteligencia nacional; para fines militares; o para la evaluación y la salud de los miembros del servicio extranjero;
- divulgaciones de información no identificada;
- divulgaciones relacionadas con los programas de compensación del trabajador;
- divulgaciones de un "conjunto limitado de datos" para investigación, salud pública o operaciones de atención médica;
- divulgaciones incidentales que son un subproducto inevitable de usos o divulgaciones permitidas;

- divulgaciones a "socios comerciales" que realizan operaciones de atención médica para nosotros y que se comprometen a respetar la privacidad de su PHI ;
- divulgaciones a otras entidades de atención médica permitidas por usted, ya sea a través de un permiso oral o por escrito.
- divulgación a un asegurador tercero designado por el paciente o tutor

A menos que tenga una objeción, también compartiremos información relevante sobre su cuidado con su familia o amigos que lo están ayudando con su cuidado de la vista.

RECORDATORIOS DE CITAS

Podemos llamar , escribir, enviar correos electrónicos y enviar mensajes de texto para recordarle las citas programadas, o que es hora de hacer una cita de rutina. También podemos, por los mismos medios, notificarle sobre otros tratamientos o servicios disponibles en nuestra oficina que podrían ayudarlo. A menos que nos indique lo contrario, vamos a enviar por correo, correo electrónico o de texto que un recordatorio de cita y / o dejar un mensaje de aviso en su buzón de voz o la persona que conteste el teléfono si usted no está disponible.

OTROS USOS Y DIVULGACIONES

No haremos ningún otro uso o divulgación de su PHI a menos que usted firme un "formulario de autorización" escrito. El contenido de un "formulario de autorización" está determinado por la ley federal. A veces, podemos iniciar el proceso de autorización si es necesario el uso o la divulgación . A veces, puede iniciar el proceso para enviar su información a otra persona. Por lo general, en esta situación, nos dará una solicitud de autorización debidamente completada con el nombre del paciente, fecha de nacimiento y otra información identificable , o puede usar uno de nuestros formularios .

Si iniciamos el proceso y le pedimos que firme un formulario de autorización, no tiene que firmarlo. Si no firma la autorización, no podemos hacer el uso o la divulgación. Si firma uno, puede revocarlo en cualquier momento a menos que ya hayamos actuado confiando en él. Las revocaciones deben estar por escrito. Envíelos a la persona de contacto de la oficina nombrada al comienzo de este Aviso.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD

La ley le otorga muchos derechos con respecto a su PHI . Usted puede:

- solicite que restrinjamos nuestros usos y divulgaciones para fines de tratamiento (excepto tratamiento de emergencia), pagos u operaciones de atención médica. No tenemos que aceptar hacer esto, pero si aceptamos, debemos respetar las restricciones que desee. Para solicitar una restricción, envíe una solicitud por escrito a la persona de contacto de la oficina a la dirección, fax o correo electrónico que se muestran al comienzo de este Aviso.
- solicite que nos comuniquemos con usted de manera confidencial, por ejemplo, llamándolo por teléfono al trabajo en lugar de hacerlo en su hogar, enviando PHI por correo a una dirección diferente (se pueden aplicar cargos por procesamiento) o mediante correo electrónico a su dirección personal de correo electrónico. Aceptaremos estas solicitudes si son razonables, y si nos paga por cualquier costo adicional. Si desea solicitar comunicaciones confidenciales, envíe una solicitud por escrito a la persona de contacto de la oficina a la dirección, fax o correo electrónico que se muestran al comienzo de este Aviso.
- solicite ver o obtener fotocopias de su PHI . Por ley, hay algunas situaciones limitadas en las que podemos negarnos a permitir el acceso o la copia. Sin embargo, en la mayoría de los casos, podrá revisar o tener una copia de su PHI dentro de los 30 días posteriores a la consulta (o sesenta días si la información se almacena fuera del sitio). Puede que tenga que pagar las fotocopias con anticipación. Si denegamos su solicitud, le enviaremos una explicación por escrito e instrucciones sobre cómo obtener una revisión imparcial de nuestra denegación si hay una disponible legalmente. Por ley, podemos tener una extensión de 30 días para que podamos darle acceso o fotocopias si le enviamos un aviso por escrito de la extensión. Si desea revisar u obtener fotocopias de su PHI , envíe una solicitud por escrito a la oficina a la dirección o fax que se muestra al principio de este Aviso. Podemos darle información por otros medios, como texto o correo electrónico, pero la persona que solicita esta información debe ser informada de que la presentación electrónica no es segura. También podemos enviar información a través de nuestro portal seguro si así lo solicita.
- solicite que modifiquemos su PHI si cree que es incorrecta o está incompleta. Si aceptamos, enmendaremos la información dentro de los 60 días a partir de la fecha en que nos lo solicite. Enviaremos la información corregida a personas que sabemos que obtuvieron la información incorrecta, y otras que usted especifique. Si no estamos de acuerdo, puede escribir una declaración de su posición, y la incluiremos con su PHI junto con cualquier declaración de refutación que podamos escribir. Una vez que su declaración de posición y / o nuestra refutación esté incluida en su PHI , la enviaremos cuando hagamos una divulgación permitida de su PHI . Por ley, podemos tener una extensión de 30 días para considerar una solicitud de enmienda si le notificamos por escrito la extensión. Si desea solicitar que enmendemos su PHI , envíe una solicitud por escrito, incluyendo sus razones para la modificación, a la oficina a la dirección o fax que se muestra al comienzo de este Aviso.
- obtenga una lista de las divulgaciones que hemos hecho de su PHI en los últimos seis años (o un período más corto si lo desea). Por ley, la lista no incluirá: divulgaciones para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica; divulgaciones con su autorización; revelaciones incidentales; divulgaciones requeridas por la ley; y algunas otras divulgaciones limitadas. Usted tiene derecho

a una de esas listas por año sin cargo. Si desea listas más frecuentes, deberá pagarlas por adelantado. Por lo general, responderemos a su solicitud dentro de los 60 días posteriores a su recepción, pero por ley podemos tener una prórroga de 30 días si le notificamos la extensión por escrito. Si desea una lista, envíe una solicitud por escrito a la oficina a la dirección o fax que se muestra al comienzo de este Aviso.

Obtenga copias impresas adicionales de este Aviso de prácticas de privacidad cuando lo solicite. No importa si ya recibió una forma electrónica o en papel. Si desea copias en papel adicionales, envíe una solicitud por escrito a la oficina a la dirección o fax que se muestra al comienzo de este Aviso.

NUESTRO AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Por ley, debemos cumplir con los términos de este Aviso de prácticas de privacidad hasta que optemos por cambiarlo. Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso en cualquier momento según lo permita la ley. Si cambiamos este Aviso, las nuevas prácticas de privacidad se aplicarán a su PHI que ya tenemos, así como a la información que podamos generar en el futuro. Si cambiamos nuestro Aviso de prácticas de privacidad, publicaremos el nuevo aviso en nuestra oficina, tendremos copias disponibles en nuestra oficina y lo publicaremos en nuestro sitio web , www.MiraEye.com

QUEJAS

Si considera que no hemos respetado debidamente la privacidad de su PHI , puede presentarnos una queja ante nosotros o al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles. No tomaremos represalias contra usted si presenta una queja. Si desea presentar una queja ante nosotros, envíe una queja por escrito a la oficina a la dirección o fax que se muestra al comienzo de este Aviso. Si lo prefiere, puede discutir su queja en persona o por teléfono.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN Si desea obtener más información acerca de nuestras prácticas de privacidad, llame o visite a la persona de contacto de la oficina a la dirección o al número de teléfono que se muestran al comienzo de este Aviso.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

El paciente entiende que los registros médicos son confidenciales. Está permitiendo que se divulgue la información médica para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, incluidas, entre otras, las funciones de revisión del proveedor, el pago de reclamaciones y la evaluación de la calidad. El paciente también comprende que él / ella puede revocar este consentimiento por escrito, en cualquier momento, con este médico. Si se revoca, todas las partes entienden que toda la información divulgada antes de recibir la notificación de dicha revocación se realizó con su consentimiento. Bajo la "Regla de Privacidad" del Departamento de Salud y Servicios Humanos, los asociados afiliados a Miraflores Eyecare tienen el derecho de rechazar el tratamiento si el paciente se niega a divulgar información de salud personal. El paciente reconoce que está proporcionando información precisa a los asociados de Miraflores Eyecare, y si la información es inexacta o no existe, el tratamiento puede retrasarse o suspenderse hasta que se obtenga la información necesaria. Cuando sea apropiado, se proporcionará la información mínima necesaria solo a aquellas entidades que necesiten información sobre atención médica e información sobre el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica, a fin de proporcionar atención médica que sea lo mejor para el paciente. Podemos proporcionar una copia de nuestra divulgación completa de HIPPA a su solicitud. Esto es solo un resumen.

Como paciente de nuestra clínica, usted tiene derecho a recibir una copia de su examen sujeta a una fotocopia, envío por correo y / o tarifas de envío de datos electrónicos. Las copias pueden demorar hasta 30 días a partir de la solicitud. Necesitaremos un formulario de liberación de registros firmado y el pago, si corresponde, para procesar la solicitud.

Por la presente, el paciente autoriza a Miraflores Eyecare y sus socios comerciales a tratarse a sí mismo o a aquellos a quienes él / ella es el tutor legal o representante. El paciente intentará cumplir con las pautas recomendadas por los asociados de Miraflores Eyecare con el propósito de un tratamiento que incluye, entre otras, citas de seguimiento, atención de derivación y recetas según lo recetado. El paciente es responsable de cualquier retraso en el tratamiento debido al incumplimiento de las recomendaciones de Miraflores Eyecare. El paciente es consciente de que puede haber cargos adicionales de oficina si continúa el tratamiento en Miraflores Eye Care o en cualquier otra clínica.

AVISO DE BENEFICIARIO AVANZADO (ABN)

Anticipamos que Medicare o su seguro de atención médica no pagarán los artículos o servicios que recibió en Miraflores Eyecare y sus asociados. Medicare o su seguro de salud no paga todos sus costos de atención médica. Solo pagan los artículos y servicios cubiertos cuando se cumplen sus reglas. El hecho de que Medicare o su seguro no paguen por un artículo o servicio en particular no significa que no deba recibirlo. Puede haber una buena razón por la que su médico lo recomendó.

Una cuenta de su servicio proporcionado por el médico puede serle entregada en un formulario de seguro. Tenga en cuenta que este formulario no significa que los servicios provistos por Miraflores Eyecare y sus asociados garantizan el pago de Medicare o su seguro de salud. Usted es responsable de conocer los procedimientos que cubre su seguro de atención médica. Usted puede enviar este formulario de seguro a su seguro para que le reembolse. Su seguro tiene el derecho de revisar su archivo en nuestra clínica si hay alguna pregunta en la facturación, independientemente de si el médico es un proveedor dispuesto. La mayoría de los seguros no cubren los exámenes oculares de rutina, por lo tanto, es responsabilidad del paciente el pago de los servicios prestados sin facturar a su asegurador. Miraflores Eyecare SÓLO presentará un formulario de reclamo de seguro el día del servicio y es permitido por su compañía de seguros.

AVISO DE PAGO Y ACUERDO DE SERVICIO

La prescripción de anteojos expira en 2 AÑOS (a menos que se indique lo contrario) del examen integral inicial. Cualquier cambio en la prescripción puede volver a verificarse sin cargo adicional hasta 60 DÍAS desde el examen inicial. Un exceso de 60 días estará sujeto a un cargo de refracción determinado por el médico. Una solicitud de cheque / cambio después de 6 meses puede estar sujeta a otra necesidad de un examen integral completo y sus tarifas asociadas.

Para los usuarios de lentes de contacto, la prescripción de lentes de contacto vence 1 AÑO (a menos que se indique lo contrario) del examen inicial completo y de adaptación. Cualquier cambio en la prescripción y / o ajuste puede volver a verificarse sin cargo adicional hasta 60 DÍAS desde el examen de ajuste inicial, suponiendo que se cumplieron los tratamientos de seguimiento. Puede haber un cargo adicional si el paciente vuelve a colocarse en lentes de contacto personalizadas como tóricos, permanentes de gas, bifocales, etc. Cumplir con los seguimientos es responsabilidad del paciente y, por lo tanto, si se recomienda el retraso en el seguimiento, por el médico excede 4 semanas desde el ajuste inicial, los 60 DÍAS sin cargo no son aplicables. El paciente estará sujeto a una tarifa por cuenta después de las 4 semanas. El paciente tiene derecho a rechazar un seguimiento, y en este caso, la receta se considera definitiva. Cualquier cambio estará sujeto a la tarifa de \$ 30 o más. Una solicitud de cheque / cambio de medicamentos después de los 6 meses puede estar sujeta a otra necesidad de un examen integral integral y de sus tarifas asociadas.

LAS TARIFAS DE EXAMEN NO SON REEMBOLSABLES.

DESPUÉS DE HORAS CUIDADOS /DISPONIBILIDAD DEL MÉDICO

Aunque valoramos a nuestros pacientes, nuestro personal no está disponible, excepto durante el horario comercial publicado en nuestra clínica. No ofrecemos atención fuera del horario de atención ni hacemos proporcionamos servicios ambulatorios para pacientes que no pueden conducir a nuestra clínica. Es responsabilidad del paciente proporcionar su propio medio de transporte. Si el médico no está disponible y existe una necesidad emergente de atención, el médico le aconseja ponerse en contacto con el personal

para dirigirlo al proveedor correcto. Si no puede comunicarse con nosotros, recomendamos que los pacientes llamen a OMNI Eye Atlanta al 404-257-0814 para emergencias oculares cuando el médico no esté disponible o que busquen otro proveedor de atención oftalmológica en los alrededores. OMNI Eye ofrece servicios 24/7 disponibles solo para pacientes de nuestra clínica. Debe especificar que es paciente de esta clínica.

He leído el consentimiento anterior para la divulgación de información y las políticas de la oficina. Por la presente reconozco que estoy familiarizado y entiendo completamente los términos y condiciones del consentimiento. Tenemos una copia de nuestras políticas de HIPPA que puede solicitar ver o recibir una copia para sus registros en cualquier momento. Intentaremos informarle sobre cualquier cambio en nuestras políticas antes del inicio del tratamiento. **POR FAVOR, FIRME A CONTINUACIÓN PARA RECONOCER QUE HA LEÍDO NUESTRAS POLÍTICAS.**

TODOS LOS PACIENTES DEBEN LEER Y FIRMAR

(*) nos reservamos el derecho de rechazar un seguro, no participamos, incluso si figuramos como proveedor (***)**

POLÍTICA FINANCIERA (para todos los pacientes)

- Miraflores Eyecare no puede otorgar crédito a los pacientes ya que no somos acreedores. Todos los honorarios profesionales deben ser pagados en su totalidad en el momento del servicio. Aceptamos efectivo, cheques y ciertas tarjetas de crédito.
- Se debe preautorizar el seguro antes de su cita. Necesitamos al menos un día completo para reunir toda la información necesaria sobre la elegibilidad. Si rechaza nuestras pautas de autorización previa, se lo considera pago por cuenta propia y se nos considera proveedor no participante. No se aceptará ningún dinero pagado por su compañía de seguros a nosotros. Su examen puede retrasarse o reprogramarse si no toda la información está disponible y la elegibilidad se verifica antes de la cita.
- El cliente es responsable de los pagos o tarifas que el seguro no reembolsa. Si no se hace esto 30 días después de la explicación de los beneficios (EOB) o la factura del seguro, la cuenta del paciente se considera morosa y sigue las mismas pautas de falta de pago. La aseguradora será informada.
- El pago por parte del paciente 30 días después del examen se considerará moroso y su archivo se cerrará. Nuestra clínica no enviará una factura delictiva PERO se agregará una tarifa de \$ 50 por morosidad. El paciente es responsable si el seguro reembolsa al paciente en lugar del médico. El paciente debe pagar la cantidad al médico. Si no se puede hacer esto 30 días después de la fecha del cheque, la cuenta del paciente se considera morosa y sigue las mismas pautas. La aseguradora será informada.

Yo, abajo firmante, certifico que si yo (o mi dependiente) tengo cobertura de seguro, asignaré todos los beneficios del seguro directamente a Miraflores Eyecare. Además, entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, pagados o no por un seguro o si soy pagado por mí mismo. El médico o proveedor acuerda aceptar la determinación de cargo de mi proveedor como cargo total si Miraflores Eyecare realiza la presentación y yo soy responsable del deducible, el coseguro y los servicios no cubiertos. Si presento el reclamo yo mismo, acepto cualquier dinero reembolsado como pagado en su totalidad. Por la presente, autorizo al médico a divulgar toda la información necesaria a mi aseguradora y partes relacionadas para asegurar el pago de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todos los envíos de seguros. Al firmar este, también estoy de acuerdo que las **tasas del examen son reembolsables**, he leído la política financiera y *un* acknowledges El pago se realiza al final del servicio por día a menos que se indique lo contrario.

Firma

Relación a paciente

____/____/____

Fecha

PARA SEGUROS DE QUE NO SOMOS PROVEEDORES PARTICIPANTES:

*El paciente entiende que se lo está viendo en Miraflores Eyecare sin verificación de la elegibilidad de los servicios por parte de su compañía de seguros y sin una remisión requerida por parte de su médico de atención primaria. Él / ella entiende que si no se puede verificar su elegibilidad o si no obtiene el formulario de referencia adecuado cuando sea necesario, será financieramente responsable del pago de todos los cargos incurridos por los servicios recibidos en esta oficina. Todos los **honorarios del examen no son reembolsables** .*

Se recomienda encarecidamente que un paciente incluya una dilatación para controlar su salud ocular. Sin este procedimiento recomendado, solo se puede ver el 60-70% del sistema interno del ojo. En varios casos, esta puede ser una evaluación razonable de la salud ocular. Sin embargo, la otra parte del ojo no observada podría tener un desprendimiento de retina, un tumor en el ojo o cualquier enfermedad ocular periférica que no se pueda detectar sin dilatación. El procedimiento está altamente indicado para las siguientes personas: » Primer examen ocular o último examen ocular fue durante 5 años » Última dilatación fue hace más de 2-3 años » Prescripciones altas » Cataratas en desarrollo » Inicio reciente de destellos de luz o numerosos "flotadores" »visión inestable o pérdida de la visión completa de la enfermedad» de ojos están siguiendo o la historia de la historia de uno »Familia de la enfermedad ocular» traumatismo craneoencefálico grave »dolores de cabeza severos o inexplicables» Sólo un ojo funcional » Condiciones del sistema (hipertensión, diabetes, EM, etc.) » Mayores de 40 años

Los efectos secundarios son mínimos con dilatación y no duraderos. Por lo general, los efectos desaparecen en 24 horas. Los dos efectos más comunes son:
1. Visión borrosa de cerca durante 4-6 horas. 2. Sensibilidad a las luces brillantes (especialmente la luz solar) durante 4-8 horas. Se proporcionarán gafas de sol si no tienes una.
Por favor, úsalas al conducir.

Si experimenta dolor ocular o náuseas extremas después del examen, llame a un especialista en cuidado de la vista o acuda inmediatamente al hospital más cercano para recibir atención. Infórmales de tu dilatación.

NO HAY NINGÚN CARGO O TARIFA POR ESTE PROCEDIMIENTO

Si No Reprogramar

TOMOGRAFÍA OCULAR iWellness SCAN

El médico ha agregado una de las últimas tecnologías para su examen ocular completo. Esta clínica ahora tiene acceso para tomar escaneos de su retina donde ocurren muchas patologías perjudiciales como diabetes, presión arterial alta, glaucoma, degeneración macular, tumores oculares posteriores, arterias bloqueadas, posibles tumores cerebrales que afectan el nervio óptico, etc. Este procedimiento es muy simple. y a veces se puede hacer sin dilatación (el médico le informará si la dilatación es necesaria para una mejor adquisición). La vista de los resultados es inmediata. Las fotocopias enviadas por correo de los escaneos de la retina cuestan \$ 7.00 adicionales, y una copia del escaneo por correo electrónico es de \$ 3. Los escáneres de OCT son efectivos para controlar los cambios en los vasos sanguíneos, el nervio óptico, la mácula, etc. Se recomienda encarecidamente a los pacientes con riesgo o actualmente de diabetes, hipertensión, glaucoma y degeneración macular que se realicen exploraciones retinianas en cada visita. Para pacientes "sanos", se recomienda una exploración de la retina cada 2 a 5 años (según la edad).

LA TARIFA PARA EL OCT DE RETINAL ES DE \$ 15 PARA PACIENTES DE MIRAFLORES EYECARE

(Su seguro puede no cubrir la tarifa)

ACEPTAR ESCANEAO OCT DE RETINAL (tarifa de \$ 15) RECHAZAR ESCANEAO OCT DE RETINAL

SOLICITAR FOTOCOPIA DE ESCANEADO POR CORREO (\$ 7.00)

Solicitud de correo electrónico de escaneo (\$ 3)

SIN COPIA DE ESCANEAO SOLICITADO

***** Nota: CIERTAS ENFERMEDADES COMO LOS CATARATOS PUEDEN LIMITAR LA CALIDAD DE LA IMAGEN. SI LA IMAGEN SE DISTORTA, NO SE LE COBRARÁ Y NO SE GUARDARÁN LAS IMÁGENES. *****