

Bienvenido

Por favor, tómese un momento para completar la siguiente información.

Información del paciente

Nombre _____ Apellido _____ M ___ F ___ Edad _____

Nombre que preferí ser llamado _____ Soltero ___, Casado ___, Otro _____

Fecha de nacimiento _____ Número de seguro social # _____

Dirección: _____ Apt. # _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Licencia de conducir# _____ Guardian's Nombre _____

Fecha de nacimiento _____

Ocupación _____ Empleador del paciente _____

Nombre de su pareja _____ Fecha de nacimiento _____

¿Como supiste de nosotros? Google, Seguro, Superpages.com, Amigo : _____

Números de Teléfono:

Casa _____ Trabajo _____ ext _____ Correo Electrónico: _____

Celular _____ Número de Teléfono de su pareja _____

En caso de emergencia, contacto (especifique alguien que no vive en su hogar)

Nombre _____ Relación _____

Casa _____ Trabajo _____ ext _____ Celular _____

Información del seguro de visión:

Nombre de la compañía de Seguro _____

Dirección de la compañía de seguros _____

Teléfono (para el proveedor) _____ ID# _____

Número de seguro social del Asegurado _____ Grupo (o cuenta)# _____

Nombre del Asegurado _____ Y Fecha de nacimiento _____

Asegurado Empleador _____

AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD DE HIPPA

He leído el Aviso de Políticas de Privacidad de Optical Infinity.

*

Firma del responsable _____ Fecha _____

POLITICAS DE OFICINA

1. Si llega tarde a su cita por más de 15 minutos, es posible que le solicitemos que vuelva a programar otra cita.
2. Podemos llamarle para confirmar su cita. Si su cita no está confirmada, es posible que tengamos que cancelarla.
3. Si no puede mantener el tiempo reservado para usted, comuníquese con nosotros al 972-316-3937 dentro de las 24 HORAS DE NEGOCIO para reprogramar y evitar un Cargo por cancelación de cita (\$ 25).
4. No se permitirán niños pequeños en la sala de examen o en la sala de espera a menos que estén detenidos en un cochecito/ cabriola o asistidos por otro adulto. Nuestro personal de oficina no puede ser responsable de supervisarlos.
5. Si no podemos verificar su Seguro al momento de su servicio, se le cobrará como un paciente privado.

Citas de seguimiento**Para lentes de contacto:**

No hay cargos por visitas de seguimiento durante los primeros 90 días posteriores a la fecha del examen inicial. Después de este período de tiempo, se le cobrará nuevamente una tarifa de ajuste de lentes de contacto. Y, si tiene que programar una cita de seguimiento después del período de 90 días, el cargo de ajuste secundario incluirá tres visitas de seguimiento dentro de los dos meses posteriores al ajuste secundario. Si tiene algún problema con su lente de contacto después de su examen de lentes de contacto original, le sugerimos que programe una cita de seguimiento tan pronto como sea posible y que no espere demasiado para evitar el cargo de ajuste secundario. La receta se escribirá solo para la cantidad de lentes para cubrir el resto del año desde el examen completo más reciente, y se le otorgará una fecha de vencimiento de 1 año a partir del examen ocular completo más reciente y la refracción.

Para las gafas:

Si tiene algún problema con su RX para sus anteojos, llámenos y programe una cita de seguimiento tan pronto como sea posible. No se cobran cargos por las visitas de seguimiento y la nueva versión de las lentes durante los primeros 90 días. Después de este período, se le cobrarán \$ 70 por una visita de seguimiento y se le cobrará por la nueva versión de los lentes. Después de 6 meses, se le cobrará una tarifa de examen regular.

He leído y acepto la política de la oficina anterior y la política de citas de seguimiento.

*

Firma del responsable: _____ Fecha _____

Acuerdo financiero

Como contraprestación por los servicios que se me prestarán, asumo toda la responsabilidad de pagarlos de acuerdo con las tarifas vigentes en Optical Infinity en la medida en que soy legalmente responsable de dicho pago. Los pagos de los que soy responsable pueden incluir, entre otros, el saldo después del seguro y los servicios no cubiertos.

Por la presente, asigno a Optical Infinity todos los beneficios por servicios prestados bajo pólizas de seguro o reembolso.

Reconozco que cualquier saldo no cubierto o pagado por tales políticas es mi responsabilidad legal. Entiendo que si mi cuenta se transfiere a una agencia de cobranza, se agregará un cargo por servicio del 30% al saldo. Entiendo que debo informar a Optical Infinity sobre cualquier cambio de dirección, número de teléfono o seguro.

ESTE ES UN FORMATO DE ACUERDO DE BENEFICIOS LEGAL FINANCIERO. ASEGÚRESE DE QUE HAYA RESPUESTA A CUALQUIER PREGUNTA QUE HAYA RESPONDIDO ANTES DE REALIZAR UNA SOLICITUD EN LA PARTE INFERIOR DE LA PÁGINA.

Publicación de registros médicos y formularios.

Comprendo que si solicito que se envíe una copia de los registros médicos a otro médico, debo dejar que transcurran 7 días para que se procesen los formularios en el momento en que presente una autorización firmada. Entiendo que si solicito que se me entreguen mis registros médicos, debo pagar por adelantado \$ 25 por registros internos o \$ 30 por registros almacenados y tener un plazo de 15 días hábiles para el procesamiento desde el momento en que presente una autorización firmada.

Entiendo que si presento un formulario de discapacidad, un formulario de la Ley de Ausencia Médica Familiar o cualquier otro formulario que requiera la firma de un médico y / o información específica, se me cobrará \$ 15 y debo permitir 10 días hábiles para el procesamiento.

Entrega de registros a un tercero designado.

Además de mis médicos tratantes e instalaciones médicas, autorizo a Optical Infinity a divulgar y discutir mi información médica / de facturación y los registros a las siguientes personas.

Nombre _____ Relación _____

Firma del paciente: Al firmar a continuación, estoy verificando que he leído cada una de las secciones de esta página. Entiendo cada sección y consiento y acepto la información establecida en cada sección.

*

Firma del responsable: _____ Fecha _____

Historia de Salud:

Nombre _____

¿Cuál es la razón principal para el examen de hoy? Por favor circula uno. Examen Anual, problema con los ojos
 Quiero tener.... Gafas Nuevas, Lentes de Contacto, O Ambos.

¿Cuándo fue tu último examen de la vista? _____ ¿Cuándo fue tu último examen de Salud? _____

Enfermedad pasada o lesión: _____

Cirugías Pasadas:

Cirugías :	Fecha of Cirugías

Medicación actual:

Nombre de medicación	Para	La dosis

Gotas para los ojos actuales:

Nombre de gotas para los ojos	Para	La dosis

Alergias a los medicamentos (por favor indique si hay: _____

Los síntomas de las alergias a los medicamentos _____

Alergias específicas (moho, polen, hierba, etc.) _____

Historia de los ojos:

Glaucoma	Si , No	Sequedad	Si, No	Estrabismo (Esi Cruzado)	Si ,No
Cataratas	Si , No	Exceso de lágrimas	Si ,No	Distancia de visión borrosa	Si ,No
Degeneración macular	Si , No	Dolor en los ojos	Si ,No	Visión borrosa cerca	Si ,No
Desprendimiento de retina	Si , No	Sensación de cuerpo extraño	Si ,No	Visión distorsionada	Si ,No
Daltonismo	Si , No	Infección de ojo o párpado	Si ,No	Visión doble	Si ,No
Dolores de cabeza	Si , No	Comezón	Si, No	Flotadores o puntos	Si ,No
Deslumbramiento / Sensibilidad a la Luz	Si ,No	Descarga mucosa	Si ,No	Visión fluctuante	Si ,No
Ojos cansados	Si, No	Párpado caído	Si , No	Pérdida de visión	Si ,No
Ambliopía (ojo perezoso)	Si ,No	Rojez	Si, No	Pérdida de visión lateral	Si ,No
Ardiente	Si ,No	Sentimiento arenoso o arenoso	Si ,No		

Condición de salud general:

Fiebre	Si , No	Respiratorio (asma)	Si ,No	Ansiedad o Depresión	Si , No
Pérdida de peso	Si , No	Gastrointestinal	Si ,No	Tiroides, Diabetes	Si , No
Otros síntomas	Si , No	Riñón	Si ,No	Sangre / Linfa	Si , No
Orejas, Nariz, Garganta	Si ,No	Músculos, Huesos, Articulaciones	Si ,No	Alérgica	Si , No
Cardiovascular (Alta Presión, etc.)	Si,No	Piel	Si ,No	¿Estás embarazada?	Si , No
		Neurológico (Multiple Sclerosis)	Si ,No	¿Estás amamantando?	Si , No

Historia familiar:

Enfermedades de los ojos		Relación con el paciente	Enfermedades sistémicas		Relación con el paciente
Ambliopía (ojo perezoso)	Si , No		Alta Presión	Si , No	
Ceguera	Si , No		enfermedad del riñón	Si , No	
Cataratas	Si , No		Lupus	Si , No	
Daltonismo	Si , No		Ataque al corazón	Si , No	
Glaucoma	Si , No		Enfermedad de tiroides	Si , No	
Degeneración macular	Si , No		Cáncer	Si , No	
Desprendimiento de retina	Si , No		Diabetes	Si , No	
Estrabismo (giro de los ojos)	Si , No		Otro	Si , No	

Historia social: Ocupación actual: _____ Años _____ Empleador _____
 Escuela _____ Grado escolar _____

Historia de lentes de gafas:

¿Manejas?	Si , No
¿Tienes problemas de deslumbramiento?	Si , No
¿Tiene dificultad visual al conducir?	Si , No
¿Tienes problemas con la visión nocturna?	Si , No
¿Actualmente usas gafas?	Si , No
¿Cuándo usas gafas?	Tiempo completo, tiempo parcial, distancia, lectores
Tipo de gafas:	Visión Única, Bifocales, Trifocales, Respaldo, Seguridad, Progresivo
¿Ha tenido problemas en el pasado con gafas?	Si , No
¿Usas gafas de sol?	Si , No
¿Son gafas de sol con prescripción?	Si , No
¿Actualmente usas lentes de contacto?	Si , No
Tipo de lentes de contacto:	Visión única Mono Visión Bifocales
Nombre de las lentes de contacto (marca):	
Nombre de la solución de lentes de contacto:	
¿Con qué frecuencia sustituyes las lentes?	2Semanas, 3Semanas, 4Semanas, 5Semanas, 6Semanas, 7Semanas, 2 Meses

Historia social

¿Participa en ejercicio regular?	Si , No
¿Bebes alcohol? Si si, ¿cuánto / a menudo?	No, ocasional, 1-2 por día, 2-3 por día, 4+ por día
¿Fumas?	No, ½ paquete / día, 1 paquete / día, +1 paquete / día
¿Utilizas drogas ilegales?	Si , No
Pasatiempos / intereses:	