

Total vision/Gorlin Eye Associates
Bienvenido A Nuestra Oficina

Fecha _____
Nombre _____
Dirreccion _____
Telefono _____
Correo Electronico _____

Seguro para la vision _____
Nombre del asegurado _____
SSC# del asegurado _____
Fecha de nacimiento _____

Médico Familiar _____
Dirrección _____
Fecha De La Ultima Visita _____

Seguro medico _____
Nombre del asegurado _____
SSC# del asegurado _____
Fecha de nacimiento _____

Condiciones De Salud: _____

Fuma Usted? _____

Medicamentos: _____

Alergias: _____

Proposito Del Examen De Hoy: _____

Fecha Del Ultimo Examen: _____

Si usted trabaja con una computadora,
Cuantas horas al dia? _____

Usted piensa que beneficie de unos lentes
(luna) mas delgados? _____

A veces prefiere no usar gafas (anteojos)?

Tiene mas de un par de gafas de sol con prescripción?

Son sus ojos sencibles a la luz? _____

Le gustar pescar? _____ Golf? _____

Esta interesado en laser para corregir su vision? _____

Tienes familiares que necesitan cuidado para la vision? _____

Tienes familiares que tengan alguna enfermedad en los ojos? _____

Como parte del examen talvez usaremos unas gotas para dilatar la pupila. Este procedimiento permite ver mas el ojo interno y es muy importante en pacientes con dolor de cabeza, diabetes, alta presion, alto colesterol, historial de familia con glaucoma, historial de cancer. Los efectos son deslumbramiento y reduce enfoque de cerca. La vision de la distancia generalmente no es afectada. Los pupil lentes pueden ser reinsertados y los lentes de sol están disponibles. Me gustaria ser dilatado:

_____ Si _____ No _____ No estoy seguro

Un instrumento computarizado sumamente sofisticado puede asistir en el descubrimiento temprano de muchas condiciones tales como glaucoma, tumores cerebrales, separacion retinal. Esta investigacion visual es recomendada a todos los pacientes nuevos y no toma mas de 5 min. El costo para este procedimiento es de \$15.00 y no es cubierto por la mayoria de seguros.

_____ Si _____ No _____ No estoy seguro

Todo pago es requerido cuando los servicios son rendidos. Se le cobrara \$35.00 por cada cheque regresado. Hoy pagare: (circule)

Cash Cheque Debit Credito

Pacientes con lentes de contactos: Si usted hoy va hacer medido para lentes de contacto nosotros requerimos por los menos una visita mas para revisar la salud de sus ojos, su vision y la medida de los lentes de contacto. No Habra costo ninguno por los próximos 60 días incluyendo las siguientes visitas ya que esto va incluido en el servicio de hoy.

La prescripción para los lentes de contacto estará disponible después del procedimiento y es valido hasta un año.

Examen de lentes de contacto para menores

Mi hijo, menor de 18 años tiene permiso para ser medido para lentes de contacto.

Nombre del padre _____

Firma del padre _____

Fecha _____

Importante si usted estará usando cobertura por medio de su seguro para la consulta de hoy, la tarjeta debe estar presente el mismo día de servicio. También le queremos dejar saber que la cobertura de su seguro es entre tu y la compañía de seguro. Así es que si tu seguro no reembolsa nuestra oficina dentro de 90 días tu tarjeta de crédito será utilizada y el seguro te reembolsara directamente. Si por error tu seguro nos manda el cheque a nosotros se lo enviaremos a usted.

Tarjeta de Crédito: _____

Fecha de caducidad: _____

Firma: _____

Todos los pagos profesionales no son reembolsables.

HIPAA

Somos requeridos por el federal y la ley del estado mantener la privacidad hacia la información de salud. Podemos impartir tu información a otro proveedor medico para coordinar el tratamiento, pagos, operaciones médicos lo cual significa recordatorios de cita etc. Por favor lea nuestra nota de privacidad de Practica mientras espera o pida una copia para llevar a casa.

(Iniciales): _____ Yo reconozco que Gorlin Eye Associates, PC y Total Vision pueden usar e impartir mi información personal de salud para llevar acabo tratamiento, referidos, pagos e aseguanza.

Ya leí todo lo contenido y entiendo las obligaciones debido a los presupuestos y obligación y deber de pago, HIPAA y lentes de contacto.

Nombre de paciente: _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____