

Información del Paciente

Apellido: _____ Primer nombre: _____ MI: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

(Si el paciente es menor de edad, nombre del padre/tutor: _____)

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: ☐ hembra ☐ macho SSN#: _____ Estado civil: solo conyugal divorciado viudo

Dirección: _____ ciudad: _____ estado: _____ código postal: _____

hogar: _____ célula: _____ Correo electrónico: _____

Empleadora: _____ Ocupación: _____

Idioma principal: Inglés Español Otro: _____

Carrera: Asiático Caucásico Hispano /Latino Indio americano Negro/Afroamericano Isleño del Pacífico Otro: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

¿A quién autoriza a recoger sus recetas o hablar sobre su salud?? _____

¿A quién podemos agradecerle por recomendarle nuestra oficina? _____

Seguro de la vista

Nombre del suscriptor: _____ Relación con el paciente: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Compañía de seguros: _____ Política #: _____

Seguro médico

Nombre del suscriptor: _____ Relación con el paciente: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Compañía de seguros: _____ Política #: _____

Historial médico y social personal

Su(s) motivo(s) para visitar nuestra oficina hoy: _____

¿Tiene usted alguna alergia a algún medicamento? ☐ Sí ☐ No Si es así, explique: _____

¿Toma algún medicamento? (incluya medicamentos de venta libre y para los ojos) ☐ Sí ☐ No Si es así, explique: _____

Enumere todas las lesiones, cirugías y/o hospitalizaciones importantes : _____

¿Estás amamantando/embarazada? ☐ Sí ☐ No ¿Usas gafas? ☐ Sí ☐ No ¿Actualmente usas lentes de contacto? ☐ Sí ☐ No

¿Estas interesado en que te adapten las lentes de contacto? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene actualmente alguna de las siguientes inquietudes? De ser así, marque la(s) casilla(s) correspondiente(s):

Pérdida de visión ☐ Visión borrosa ☐ Visión distorsionada/halos ☐ Sensación arenosa/granular ☐ Exceso de lagrimeo/riego ☐

Secreción mucosa ☐ Visión doble ☐ Infección del ojo o del párpado ☐ Sensible al deslumbramiento/luz ☐ Convulsiones ☐

Orzuelo/Chalazión ☐ ojos ardientes ☐ Enrojecimiento/picazón ☐ Destellos/Velas flotantes en la visión ☐ Artritis reumatoide ☐

Dolores de cabeza/migrañas ☐ Sensación de cuerpo extraño ☐ Dolor/sensibilidad ocular ☐ Ojos cansados/fatiga visual ☐ Sequedad ☐

Historial médico personal y familiar

Enumere usted y/o cualquier familiar inmediato con las siguientes condiciones:

OCULAR:	SÍ	NO	Parentesco con usted (por favor indique usted mismo/materno/paterno)
Catarata	☐	☐	_____
Glaucoma	☐	☐	_____
Degeneración Macular	☐	☐	_____
Desprendimiento de retina/Enfermedad	☐	☐	_____
ojos cruzados	☐	☐	_____
Ojo vago	☐	☐	_____
Ceguera/pérdida de la visión	☐	☐	_____
SISTÉMICO:			
Artritis	☐	☐	_____
Cáncer	☐	☐	_____
Diabetes	☐	☐	_____
Cardiopatía	☐	☐	_____
Hipertensión	☐	☐	_____
Nefropatía	☐	☐	_____
Lupus	☐	☐	_____
Enfermedad de la tiroides	☐	☐	_____
Fiebre, pérdida/aumento de peso	☐	☐	_____
Dolores de cabeza/migrañas	☐	☐	_____
Convulsiones	☐	☐	_____
Otro: _____	☐	☐	_____

Si usted o un miembro de su familia inmediata tiene una condición que no está mencionada anteriormente, explique: _____

¿Utiliza productos de tabaco?	☐	SÍ	☐	NO	TIPO/CANTIDAD: _____
¿Bebes alcohol?	☐	SÍ	☐	NO	TIPO/CANTIDAD: _____
¿Consumes drogas ilegales?	☐	SÍ	☐	NO	TIPO/CANTIDAD: _____
¿Alguna vez ha estado expuesto o infectado con: ☐ Gonorrea ☐ VIH ☐ Sífilis ☐ Hepatitis (tipo): _____					

Examen Interno

EXAMEN DE RETINA: Nuestro consultorio requiere que tanto los pacientes nuevos como los que ya tienen más de 3 años sin acudir a la consulta se realicen un examen de retina en su primer examen ocular completo. Este es un procedimiento no invasivo que utiliza tecnología de ultrasonido para ayudar al médico a examinar las estructuras internas de los ojos. Esta prueba mejora la capacidad del médico para detectar con mayor antelación ciertas patologías oculares, como la degeneración macular, el glaucoma y la enfermedad ocular diabética. Este servicio tiene un costo de \$39 que el seguro no cubre, pero está incluido en el costo de un examen de pago por cuenta propia.

DILATACIÓN: Se recomienda encarecidamente un examen ocular con dilatación de pupilas, pero no es obligatorio. La dilatación permite al médico examinar a fondo la salud interna de sus ojos. Esto mejora la capacidad del médico para detectar ciertas patologías que podrían causar discapacidad visual o ceguera, como desprendimiento de retina o tumores. La dilatación de pupilas puede causar visión borrosa de cerca y sensibilidad a la luz, que puede durar entre 4 y 6 horas. Le proporcionaremos gafas de sol si opta por la dilatación. Si desea volver otro día para la dilatación, por favor, infórmele al médico.

POR FAVOR, MARQUE CON SUS INICIALES A CONTINUACIÓN SI CONSIENTE O NO LA DILATACIÓN.

____ **SÍ**, autorizo la dilatación ocular. Mis iniciales indican que he leído y comprendido los efectos secundarios.

____ **NO**, no autorizo la dilatación ocular. Mis iniciales significan que, aunque comprendo la importancia de la dilatación, no autorizo su realización. Entiendo que mi decisión de rechazar la dilatación exime a Visionary Eye Care de toda responsabilidad derivada de esta negativa.

POLÍTICA DE GAFAS Y GARANTÍA

Visionary Eye Care se enorgullece de ofrecer las últimas tendencias en monturas de moda y lentes premium con tratamientos antirreflejantes de alta calidad. Cualquier compra de gafas que incluya tratamiento antirreflejante Crizal puede incluir nuestro Paquete de Garantía del Fabricante en su pedido. Este paquete de garantía cubre dos (2) reemplazos de lentes y un (1) reemplazo de montura dentro de los 12 meses posteriores a la fecha de compra original y no cubre daños accidentales o intencionales, pérdida ni robo. Visionary Eye Care no se responsabiliza si el fabricante de la montura o los lentes se niega a cumplir con la garantía debido a sus normas de cobertura. Visionary Eye Care reemplazará su montura por una de igual o menor valor si su montura deja de fabricarse dentro del período de garantía. Una vez procesada la garantía y entregada la nueva montura/lentes, la montura/lentes original del pedido debe devolverse al fabricante y, por lo tanto, no puede conservarla ni devolvérsela al paciente. Esta garantía del fabricante se puede agregar al momento de la compra de sus gafas por un cargo de procesamiento de laboratorio de \$40.00. Si cancela la garantía al momento de la compra, tiene la opción de agregarla posteriormente por un cargo de procesamiento de laboratorio de \$60.00. Este paquete excluye monturas/lentes de seguridad/industriales y las monturas propias del paciente. Nuestra política es rehacer sus lentes una vez (sin costo alguno para usted) si la prescripción original es errónea o si el paciente no se adapta a una lente progresiva. Para lentes progresivas no adaptables, fabricaremos lentes en cualquier otro diseño (de igual o menor valor; no se realizarán reembolsos si las lentes de reemplazo son de menor valor) sin costo alguno dentro de los 90 días posteriores a su entrega. Las lentes originales son un dispositivo médico con una prescripción personalizada y deben devolverse a nuestro laboratorio al reemplazarlas. Puede regresar a nuestra oficina en cualquier momento si necesita ajustes, reemplazo de tornillos o puentes nasales, o reajuste de las cuerdas de sus monturas Nylon.

MI FIRMA A CONTINUACIÓN CONFIRMA QUE HE LEÍDO, ENTIENDO Y ACEPTO LA POLÍTICA DESCRITA ANTERIORMENTE

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____
(o firma del padre/tutor si el paciente es menor de edad)

POLÍTICA FINANCIERA

Aceptamos efectivo, tarjetas de débito, Care Credit, NC FSA/HSA, Visa, American Express, Mastercard y Discover para su comodidad. Todos los marcos, lentes de prescripción y gafas de sol son pedidos personalizados y no se aceptan devoluciones ni reembolsos. Los pedidos se procesan automáticamente al momento de la compra y no se pueden modificar ni cancelar una vez realizado. Sin excepciones, por favor, considere su compra con cuidado y tenga en cuenta el asesoramiento de nuestros profesionales capacitados. Con gusto facturaremos a su aseguradora principal, ya sea de visión o médica, incluyendo Medicaid o Medicare, con la que tengamos contrato. Si no tenemos contrato con su aseguradora, le proporcionaremos toda la información necesaria para que pueda presentar su declaración y obtener el reembolso. Para poder facturar a su seguro en su nombre, debemos proporcionarnos una copia de su tarjeta de seguro vigente al momento del servicio. Cada plan de seguro es diferente; le recomendamos que se comunique con su aseguradora antes de su visita para verificar su elegibilidad y la cobertura del plan. Visionary Eye Care no se responsabiliza de conocer su cobertura de seguro. Su cobertura de seguro es un contrato entre el asegurado y la compañía; es su responsabilidad como miembro conocer sus beneficios. Haremos todo lo posible por verificar su cobertura de la vista antes de su visita como cortesía. **Los beneficios citados son sólo una estimación.** Cualquier diferencia después de que el reclamo haya sido procesado será su responsabilidad. **Usted es en última instancia responsable de su cuenta, independientemente de su cobertura de seguro.** Los cargos estimados vencen al momento del servicio. Se añadirá un cargo por servicio del 1.50% mensual a cualquier saldo pendiente después de 30 días (equivalente a una TAE del 18%). Transcurridos 120 días, la cuenta se transferirá a un tercero para su cobro. El paciente también será responsable de los honorarios legales que se generen debido al envío del saldo a cobranza.

MI FIRMA A CONTINUACIÓN CONFIRMA QUE HE LEÍDO, ENTIENDO Y ACEPTO LA POLÍTICA FINANCIERA DESCRITA ANTERIORMENTE

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____
(o firma del padre/tutor si el paciente es menor de edad)

RECIBO DE AVISO DE POLÍTICAS DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO DE HIPAA

Al brindarle nuestros servicios, creamos, recibimos y almacenamos información médica que lo identifica. Con frecuencia, es necesario usar y divulgar esta información médica para brindarle atención médica, obtener el pago por nuestros servicios y realizar operaciones de atención médica en nuestro consultorio. El aviso de prácticas de privacidad que le hemos proporcionado describe estos usos y divulgaciones en detalle. Puede consultar este aviso en cualquier momento antes de firmar este formulario. Como se describe en nuestro aviso de prácticas de privacidad, el uso y la divulgación de su información médica para fines de tratamiento no solo incluyen la atención y los servicios que se brindan aquí, sino también la divulgación de su información médica según sea necesario o apropiado para que reciba atención de seguimiento de otro profesional de la salud. De igual manera, el uso y la divulgación de su información médica para fines de pago incluye (1) el envío de su información médica a un agente de facturación o proveedor para procesar reclamaciones u obtener el pago; (2) el envío de reclamaciones a terceros pagadores o aseguradoras para su revisión, determinación de beneficios y pago; (3) la presentación de su información médica a auditores contratados por terceros pagadores y aseguradoras, y (4) otros aspectos del pago descritos en nuestro aviso de prácticas de privacidad. Nuestro aviso de prácticas de privacidad se actualizará cada vez que cambien nuestras prácticas de privacidad; puede recibir una copia actualizada en nuestra oficina en cualquier momento. Al firmar este documento de consentimiento, declara haber recibido una copia de nuestro aviso de prácticas de privacidad y acepta que podemos y divulgaremos su información médica para tratarlo, obtener el pago de los servicios y realizar operaciones de atención médica. Tiene derecho a solicitarnos que restrinjamos el uso o la divulgación de información para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Sin embargo, como se describe en nuestro aviso de prácticas de privacidad, no estamos obligados a aceptar estas restricciones sugeridas. Sin embargo, si las aceptamos, las restricciones nos serán vinculantes. Consulte nuestro aviso de prácticas de privacidad para saber cómo solicitar una restricción.

MI FIRMA A CONTINUACIÓN CONFIRMA QUE HE LEÍDO, ENTIENDO Y ACEPTO LA POLÍTICA DESCRITA ANTERIORMENTE

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____
(o firma del padre/tutor si el paciente es menor de edad)

3850 Conlon Way Suite F, Elizabeth City, NC ♦ Teléfono: 252-512-5004 ♦ Fax: 252-888-1442