



Fecha _____

Información del Paciente

Nombre _____ E-mail _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Telefono de casa _____ telefono celular _____
Fecha de nacimiento _____ # Seguro Social _____
Trabajo _____ Empleador _____
Farmacia _____ Telefono de la farmacia _____
Seguro de vision _____ # de poliza _____ primario _____
Seguro medico _____ # de poliza _____ primario _____

Historia Ocular

Y N Distancia borroso
Y N Cerca borroso
Y N Computadora borrosa
Y N Usas espejuelos de sol?
Y N Estrabismo (ojo virado)
Y N Ardor
Y N Picazon
Y N Rojez
Y N Lagrimeo
Y N Resequedad
Y N Glaucoma
Y N Degeneración macular
Y N Cataratas
Y N Ambliopía (ojo vago)
Y N Cirugía
Y N Historia familiar: Glaucoma
Y N Historia familiar: Deg. macular

Otro _____

Historia Medico

Alergias _____
Cardiovascular
S N Presion alta
S N Colesterol alto
Constitucional
S N Fiebre/Náusea
Endocrino
S N Diabetes
S N Enfermedad de Tiroides
Gastrointestinal
S N Enfermedad de Crohn
Genitourinario
S N Cáncer del Útero/Próstata
S N Sífilis
Hematológicas/Linfáticas
S N Anemia
S N Problemas de Coagulación

Otro _____

Immunológica
S N SIDA/HIV
Integumentario (piel)
S N Acné Rosácea
S N Lupus
Músculo-esquelético
S N Artritis
Neuorological
S N Dolores de Cabeza
Psicológico
S N Depresion
Respiratorio
S N Asma
S N EPOC
S N Cáncer de pulmón
Embarasado o Amamantando
S N

Medicamento(s) ocular _____

Medicacion(es) sistémica _____

Aficiones: _____

Interesado en espejuelos nuevos? S N

Interesados en la corrección de la visión láser? S N

Nombre del médico general _____ Telefono _____ Fecha del Último examen _____

HIPPA: Reconozco que me han ofrecido una copia de la Notificación de prácticas de privacidad.

Firma  _____

Poliza Financiera/Seguro:

- Autorizaciones de seguro no garantizan pago de su compania de seguro. Si su seguro no le cubre servicios o materiales, se le mandara una cuenta por cualquier balance que quede.

Poliza de Materiales (Espejuelos)/Garantias:

- Si hay algun problema con sus espejuelos, usted puede hacer una cita para volver a chequear su graduacion sin costo en los primeros 60 dias de la fecha de su examinacion. Cualquier cambio que sea necesario se hara sin costo a usted. Despues de los 60 dias, el “re-chequeo” tendra un costo de \$50, y si hay que cambiar los lentes se hara al costo regular.
- No nos responsabilizamos por la calidad de materiales hechos fuera de esta oficina. Recomendamos que usted llegue a un acuerdo con la Optica antes de poner su orden en otro establecimiento. La mayoría de las opticas reputables tienen polizas para cambio de graduacion pedido por el Doctor sin costo a usted, pero es responsabilidad suya preguntar sobre dichas polizas.
- Como espejuelos son hechos a medida, Habra un costo de 25% por ordenes canceladas por lentes procesados.
- No hay devolucion de Espejuelos de sol, sin aumento.
- Lentes ordenados con anti-reflectivo, anti-aranazos, transitions, o polycarbonato tienen garantia el primer ano, y se reemplazaran una vez durante ese ano bajo la garantia si es necesario.
- Todos los marcos comprados en esta oficina vienen con un ano de garantia (menos costo de envoi) Si el marco es discontinuado durante su ano de garantia, se le dara un credito que podra usar para un marco nuevo que escoja en esta oficina.
- No somos responsables por danos a marcos propios que no fueron comprados aqui.
- Para lentes Progresivos, hay un periodo de adaptacion de 2 meses de la fecha de compra. Durante ese tiempo si no se adapta, los puede devolver por un credito de oficina, que puede ser aplicado hacia otro tipo de lente. No hay devolucion de dinero.
- No somos responsables por espejuelos o lentes de contacto que no sean recogidos antes de 180 dias. Pagos o depositos no seran reembolsados.

Poliza de examinacion y lentes de contacto:

- Evaluaciones para lentes de contacto requieren procedimientos y pruebas adicionales, por esa razon habra un costo adicional, que la mayoría de las companias de seguros NO cubren.
- Costo de examinaciones de vista y evaluacion para lentes de contacto no seran reembolsados.

He leído y entiendo las polizas que he leído.

Firma



Para uso interno:

Wellness scan? Yes or No

IOP: _____

1) OLD Glasses:

ADD: _____ Distance/Near/BF/PG

2) OLD Glasses:

ADD: _____ Distance/Near/BF/PG

Interested in Glasses / Contact Lenses / Both ?