

Nombre: _____ Fecha: _____
 Email: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Dirección/Ciudad/Código Postal: _____
 Número de Teléfono: _____ Celular Casa de trabajo Etnicidad: _____
 Trabajo: _____ Pasatiempos: _____

Seguro de Vista

Nombre del Plan: _____
 # de Identificación: _____
 Fecha de último examen de ojos: _____
 Miembro primario de seguro: _____
 Relación con Usted (Elige uno):
 Sí Mismo Esposo/a Hijo

Seguro Medica

Nombre del Plan: _____
 # de Identificación: _____
 Miembro primario de seguro: _____
 Relación con Usted (Elige uno):
 Sí Mismo Esposo/a Hijo
 Fecha de último examen físico: _____
 Médico actual: _____

¿Cual es la razón por la visita de hoy? *Describe los problemas que tiene con sus ojos.*

Cuestionario de Historia Médica del Paciente

Elige Si o No sobre tu historia.

	Sí	No		Sí	No		Sí	No
Vision borrosa			Discapacidad de desarrollo			¿Toma alcohol?		
Hérída del ojo			Cáncer			¿Fuma cigarrillos?		
Dolor del ojo			Pérdida de la audición			¿Si fuma, fuma cada día?		
Secreción ocular			Sinusitis			¿Si no está fumando, fumaba?		
Ojo rojo			Enfermo mental			¿Usa drogas?		
Infección del ojo			Alta presión de sangre			¿Está embarazada/amantando?		
Sequedad del ojo			Derrame cerebral					
Alérgias del ojo			Enfermedad de corazón					
Ojo desviado (Estrabismo)			Asma					
Ambliopía			Apnea del sueño					
Pérdida de vista/ciego			Problemas gastrointestinal					
Glaucoma			Falla del riñon					
Cataratas			Enfermedad de transmisión sexual					
Enfermedad de la retina			Artritis					
Relámpagos de luz			Espondilitis anquilosante					
Moscas volantes/flotantes			Eczema					
Sensibilidad a la luz			Rosacea					
Visión doble			Psoriasis					
¿Ha tenido cirugía de los ojos?			Herpes/Culebrilla					
¿Esta interesado en LASIK?			Diabetes					
¿Usa anteojos?			Hipo/hipertiroidismo					
¿Cuánto tiempo tiene sus anteojos			Alta colesterol					
			Enfermedad autoinmune					

Usuarios de lentes de contacto

Marca actual: _____
 ¿Cuánto tiempo con los lentes? _____
 ¿Está contento con sus lentes? _____
 ¿Cuántas horas los usa cada día? _____

Lista de Alérgias:

Lista de Medicamentos: *(incluye over-the-counter, vitaminas, etc.):*

Proporcione mas detalles sobre sus condiciones notado "Sí" o de los demas no incluido en la lista:

Historia Medica de La Familia

¿Tiene su familia (padres/abuelos/hermanos/tias/tios) los siguientes problemas?

	Sí	No
Cáncer		
Alta presión de sangre		
Diabetes		
Cataratas		
Degeneración macular		
Glaucoma		
Ojos desviados		

Uso de la oficina – Por favor no escribe en esta sección.

Medical History Reviewed with patient by: _____ (doctor sign)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> New Sphere/Toric/Multifocal | <input type="checkbox"/> Print SRx/CLRx/Med Rx |
| <input type="checkbox"/> Re-fit Sphere/Toric/Multifocal | <input type="checkbox"/> A/R |
| <input type="checkbox"/> Schedule CL Follow-up | <input type="checkbox"/> Poly |
| <input type="checkbox"/> Schedule DFE | <input type="checkbox"/> PALs |
| <input type="checkbox"/> Prob-Spec Follow-up: | <input type="checkbox"/> Other: _____ |

Política Financiera (V.2.9.2015)

Bienvenido a nuestra clínica y gracias por confiar sus necesidades de atención optométrica a nuestra oficina. Para que podamos servir mejor a todos nuestros pacientes, los siguientes detalles sobre nuestra política financiera esta efectiva desde 05/12/2014.

El Pago Del Examen

El pago completo se debe en el momento del servicio. Aceptamos efectivo, cheques y tarjetas de crédito (Visa, Master Card, Discover, American Express). Si usted está usando los beneficios de seguro para su examen de hoy, nuestros empleados le ayudará a entender sus beneficios de seguro y le hará saber lo que los co-pagos son debidos, en su caso. Si se somete a una evaluación de Lentes de Contacto y tiene una asignación para un examen de lentes de contacto y materiales, usted puede optar por utilizar parte de ese subsidio a la tarifa de evaluación de lente de contacto. Debido a que su evaluación de lentes de contacto puede tomar varias visitas, el cargo puede ser evaluado al finalizar la prescripción de lentes de contacto y le facturará su seguro en ese momento junto con los materiales de lentes de contacto que usted compra.

Seguro

Hay muchos tipos diferentes de los pagadores de seguros. La mayoría de las veces, el Plan para la Visión (VSP, EyeMed, MES, etc.) se utiliza para el examen completo de la vista. Dependiendo de su situación, sin embargo, puede ser apropiado para cobrarle a su seguro médico (Aetna, Blue Cross / Blue Shield, Medicare, etc) para cuestiones médicas oculares tales como ojos rojos, las visitas a urgencias, y similares. Por favor, presente los dos tipos de tarjetas de identificación de seguro a nuestro personal para que podamos dirigir mejor su cuidado de los ojos. Haremos nuestro mejor esfuerzo para explicar nuestras recomendaciones para usted. Algunos o todos los servicios y materiales proporcionados a usted pueden no estar cubiertos como "razonable y necesario" según los seguros médicos. El equilibrio puede ser su responsabilidad si la compañía de seguros paga.

Gafas y compras de lentes de contacto

El pago total se debe en el momento de la orden para todas las lentes de gafas y de lentes de contacto.

Materiales no reembolsables

Todos los materiales ópticos de prescripción son personalizados y fabricados específicamente para cada paciente individual. Las cuotas por estos materiales no son reembolsables, y una vez ordenado, se convierten en la responsabilidad financiera del paciente. No nos hacemos responsables de cualquier material que no sean recogidos después de 90 días a partir de la entrega a nuestra oficina.

Ordenes Especiales

Con respecto a las solicitudes de los marcos no en stock, vamos a tratar de acomodar pedidos especiales, si es posible. Pedidos especiales deben ser pagados en su totalidad antes de la orden de asignación y estarán sujetos a una tarifa adicional no reembolsable gastos de envío de \$25. La cancelación o devoluciones realizados después de la orden se ha colocado (pero antes de la dispensación) se le cobrará una tasa de reposición del 50%. Después de la dispensación, no hay devoluciones.

Firme aquí que recibió la Política Financiera:

Acuerdo de la lente de contacto (V.2.9.2015)

Los lentes de contacto son una gran opción de tratamiento para los pacientes de muchas necesidades diferentes. Gracias por dejarnos participar en su evaluación de lentes de contacto y cuidado aquí en Trung V. Tran, OD Optometric Corporation (3824 La Sierra Avenue, Riverside, CA 92505).

La evaluación del lente de contacto es un servicio adicional aparte del examen exhaustivo. Cualquier paciente que deseen estar en forma en lentes de contacto debe someterse a un examen completo de la primera. Si el doctor decide que usted es un buen candidato para lentes de contacto, la evaluación para los lentes de contacto puede proceder el mismo día y / o en las subsiguientes visitas.

Los lentes de contacto son dispositivos médicos colocados en el ojo, por lo que requieren una atención especial. La evaluación implica el doctor para determinar sus requisitos de energía y tamaño de lente única. La evaluación también asegura que los lentes de contacto recomendados son cómodo y seguro de usar por lo que las complicaciones tales como infecciones pueden ser evitados. La evaluación puede incluir uno o más de seguimiento para ver si hay algún problema que pueda surgir con el uso continuado de los lentes.

Durante el proceso de ajuste, usted recibirá entrenamiento sobre la inserción del lente y eliminación de lentes de prueba basados en las recomendaciones del doctor. Lentes de prueba no son para uso permanente y están destinados a ser utilizados para el período de prueba hasta que el doctor finaliza su lente de contacto recetados. Los ensayos sólo se distribuirán a su lente de contacto las visitas de seguimiento y no serán dispensados en otros momentos. Los pacientes deben someterse todos los seguimientos recomendados antes de recibir la final de Prescripción de Lentes de Contacto. Sólo los pacientes con prescripción de lente de contacto válido podrán adquirir los contactos para utilizarlo. **Recepción de una lente de prueba no es lo mismo que recibir una receta de lentes de contacto.**

Costo de la Evaluación de Lentes de Contacto:

Su cuota de evaluación de lentes de contacto se basa en la complejidad de la adaptación de la lente de contacto. Las tarifas de evaluación van desde \$45 a \$100 en función de sus necesidades de salud visual y ocular. Estas tarifas son exigibles en la fecha del servicio. La Tarifa de Evaluación cubre la atención de seguimiento durante tres visitas de seguimiento dentro de los 60 días después de los lentes de contacto fecha adaptación inicial. Cualquier adicional de lentes de contacto de seguimiento más allá de la tercera visita o los primeros 60 días tendrá un costo de \$25. Instamos a que siga todas las instrucciones en el cuidado de su visión y que mantenga todas las citas programadas para mantener su salud ocular. Una vez finalizado, su receta de lentes de contacto es válido por un año. Una vez expirado, prescripciones de lentes de contacto no se renovararán sin un examen anual para determinar si se han producido cambios.

Política De Devoluciones:

- La Tarifa de Evaluación de la lente de contacto no es reembolsable
- Cajas sin abrir y no vencidos y sin marcas de lentes de contacto se pueden volver para el crédito que puede ser utilizado para otros de gafas o lentes de contacto las compras para usted y / o sus amigos y familiares.

Su salud de los ojos es Nuestra Prioridad:

- Uso y limpiar sus lentes sólo como se indica y se prescribe. No hay más de usar lentes o intentar que duren más tiempo de lo previsto.
- Si tiene los ojos rojos, hinchados o doloridos o si hay secreción viene de los ojos, quítese los lentes y llame a nuestra oficina inmediatamente para hacer una cita. Cualquier cambio en su visión y nada fuera de lo normal también deben ser reportados a nosotros.

Pacientes usando Lentes de Contacto Firmen Aquí:

Aviso de prácticas de privacidad, de conformidad con HIPAA Regla de 1996 (V.2.9.2015)

Su privacidad es importante para nosotros. Como tal, este anuncio sirve como documentación sobre cómo protegemos tu privacidad y divulgar cierta información, cuando sea requerido por la ley. Usted tiene el derecho: para obtener una copia de su historia clínica, para corregir su papel o registro médico electrónico, para solicitar la comunicación confidencial, para pedirnos que limitar la información que compartimos, para obtener una copia de este aviso de privacidad, elegir a alguien para que actúe, a presentar una queja si usted cree que sus derechos han sido violados. Debido a que su información médica es confidencial, mantenemos su información guardada. Sin embargo, se nos permite o nos obliga a compartir su información con el fin de cumplir con la ley y demás normas de salud. Podemos usar y compartir su información para: tratarle, ejecute nuestra organización, factura por sus servicios, ayuda con problemas de salud y de seguridad pública, hacer investigación, cumplir con la ley, responderá a las solicitudes de órganos y tejidos, el trabajo con un médico forense o director de la funeraria, la aplicación de la compensación / ley de direcciones de los trabajadores / otras solicitudes gubernamentales, responder a las demandas y acciones legales. Tenga en cuenta que estamos obligados a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida. No vamos a usar o compartir su información distinta a como se describe aquí a menos que nosotros podemos informarle por escrito. Por favor informe al staf si usted desea recibir una copia más detallada de este Aviso de prácticas de privacidad.

Autorizo Trung V. Tran, OD Optometric Corporation, DBA "The Optometric Group", para usar mi nombre en las reclamaciones que se refieren a los beneficios de seguro de salud y servicios de cuidado de los ojos prestados. Yo autorizo el pago de beneficios de salud / visión de "El Grupo de Optometría" como resultado de los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable, si mi seguro paga o no, por los cargos incurridos por mí. Confirmando la recepción de la Notificación de Prácticas de Privacidad.

Firma: _____ Fecha: _____