BIENVENIDO A EL CENTRO VISION PRO OPTIX!

Nombre: (apellido)_____(nombre)_____ Edad:___ Fecha de nacimiento: ___/___/_____
Dirección,cuidad,estado,código postal:_____
Teléfono: (____) _____-_____ Ocupación: _____ Correo electronico:_____
Nombre de tutor legal (si el patiente es un niño de menor importancia):_____
¿Como usted nos descubrir?:_____

HISTORIA DE LA VISIÓN

Razón de su visita hoy: ☐Examen ocular de rutina ☐Examen de lentes de contacto *(*un serivicio separado)*
☐Visión borrosa ☐ picazon ☐ rasgado ☐dolor ☐descarga ☐dolores de cabeza ☐visión doble

Fecha del ultimo examen de la vista:_____ nombre del Doctor:_____
¿Usted usa los lentes? ☐ No ☐ Si ¿Lentes de contacto? ☐ No ☐ Si
¿Usted ha tenido cirugía del ojo? ☐ No ☐ Si: ☐izquierdo ☐derecho ☐ambos Tipos de cirugía:_____
¿Sufre ud de alguna lesión en los ojos? ☐ No ☐ Si: ☐izquierdo ☐derecho ☐ambos Describa:_____
¿Sufre ud de alguna condición en los ojos? ☐ No ☐ Si: ☐glaucoma ☐degeneración macular
☐cataratas ☐problemas de retina otros:_____

SALUD GENERAL Y HISTORIAL MEDICO

Médico de cabecera: _____ Teléfono: (____) _____-_____
Dirección:_____
¿Fumador actualmente? ☐ No ☐ Si ¿Fumador en el pasado? ☐ No ☐ Si
¿Actualmente, le están tratando para condiciones médicas? ☐ No ☐ Si
¿Si, qué condiciones: ☐diabetes ☐presión sanguínea alta ☐colesterol ☐VIH ☐hepatitis ☐esclerosis múltiple ☐corazon ☐cancer ☐tiroides ☐otros:_____
Medicamentos:_____
Alergias: ☐ No ☐ Si: _____
Historia familial: ☐diabetes ☐glaucoma ☐degeneración macular ☐cataratas ☐problemas de retina
☐otros:_____

FIRMA EN EXPEDIENTE PARA PROPOSITOS DE SEGURO

Yo solicito que el pago de beneficios autorizados por mi seguro sean pagodas a los proveedores de Pro Optix y el Dra Pacheco por todos los servicios rendidos. Autorizo a los proveedores que tengan acceso a mi historial médico para y de brindar toda información necesaria a « Health care financing administration CMS » y a sus agents para determinar el pago de los servicios recibidos.Bajo la Ley de "Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)", es requisito el mantener la privacidad y protección del historial médico de todo paciente y de proveerles con notificaciones de los deberes legales y practica de privacidad con respecto a la protección de información médica. Es requisito nuestro de cumplir con estos términos que están en efecto. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestra notificación en cualquier momento y de implementar nuevas notificaciones provisionales para la protección de toda información médica que mantengamos. En el evento que esto ocurra, usted recibirá una notificación dentro de los 60 dias de revisión. De tener alguna pregunta al respecto puede contactar a nuestro Oficial de Privacidad al 954-977-6636. Declaro que he recibido la notificación de la privacidad de Pro Optix Firma del paciente:_____fecha:_____

POLÍTICAS

-Minimo de 50% requisito como depositar quando ordenar los lentes, 100% por los lentes de contacto. Mantenemos los lentes solamente para 90 dias. El depósito se perderá después 90 dias.
-Todas las ventas son FINALES: no hay reembolso, algunos intercambios solamente con tasa de reposición 20%.
-Copagos de seguro para los servicios y los materiales son no-reembolsables.
-Quando e elige de usar su gafas, NO SOMOS RESPONSABLES para los roturas y pérdidas posibles.
-Cheques personales no son aceptadas durante el recolección de los lentes/gafas/lentes de contacto.
Todas las ventas son finales : no devolucion, algunos cambios solo con un cargo de 20%. ESPEJUELOS CON PRESCRIPCION Y GAFAS SON ECHAS A LA MEDIDA DEL CLIENTE, ORDENES NO PUEDEN SER CANCELADAS O DEVUELTAS.

Firma del paciente:_____ Fecha:_____

Ver parte posterior del forma

EXAMEN FDT CAMPO VISUAL

La Dr. J.C. Pacheco and Dr. Kim RECOMIENDAN que todos los pacientes pasen dicho examen al menos una vez al año. Es muy importante por estas razones:

- Para nuevos pacientes
- Para niños
- Dolores de cabeza
- Para aquellos/as con Historia de Presion Alta y Diabetis
- Para aquellos/as cuya familia tenga HIstoria de Glaucoma y enfermedades en los ojos

El examen FDT de campo visual puede ayudar a detectar:

- ✓ Tumores (pituitary, glioma, etc)
- ✓ Derrame cerebral y aneurismas
- ✓ Glaucoma
- ✓ Degeneracion macular
- ✓ Cataratas
- ✓ Enfermedad del nervio optico
- ✓ Enfermedad de la retina
- ✓ Daños secondarios de algunos medicamentos

Este examen es requerido para los choferes de DMV en su planilla a llenar.

*****Este examen require de un pago adicional de $15.00 dolares el cual no es cubierto por la mayoria de las copañias de seguro y por tanto lo teneos como opcional.***

He leido y entiendo los beneficios de este procedimiento:

☐ Estoy de acuerdo con este procedimiento

☐ NO Estoy de acuerdo con este procedimiento

Firma del patiente: _____

Dia: _____/_____/_____

1205 S Powerline Rd, Pompano Beach, FL. 33069

Ver parte posterior del forma