

Acuerdo anual de Lentes de Contacto

Evaluación de lentes de contacto y ajuste de lentes de contacto:

Cada año, cada paciente que usa lentes de contacto debe ser evaluado por cualquier cambio en su visión y su prescripción de lentes de contacto. La evaluación incluirá mediciones precisas, análisis de sus necesidades visuales y recomendaciones diseñadas específicamente para ellos.

La tarifa de evaluación / ajuste de lentes de contacto variará en precio según el tipo de lente y las medidas de su prescripción. Este cargo será adicional a la tarifa del examen completo de la vista. La tarifa cubrirá la evaluación inicial y todos los seguimientos de lentes de contacto durante un período de 3 meses. Los pacientes pueden agregar un ajuste / evaluación de lentes de contacto en cualquier momento a su examen ocular completo hasta 90 días después del examen. Después de 90 días, se les pedirá que completen un examen completo de la vista antes de completar la adaptación de lentes de contacto.

Nivel 1: Evaluación de ajuste o reajuste de lentes de contacto estándar. . . . \$ 60

Nivel 2: Nuevo ajuste o reajuste de lentes de contacto avanzados (tóricos, multifocales, monovisión). \$ 75

Nivel 3: Nuevo ajuste o reajuste de lentes de contacto médicos (RGP, queratocono). \$ 250

Se requiere una capacitación en lentes de contacto si el paciente no tiene antecedentes de uso de lentes de contacto o si el último uso de lentes de contacto fue hace más de 5 años. El costo de la capacitación en lentes de contacto incluye hasta tres sesiones de treinta minutos para que el paciente aprenda lo siguiente: limpieza e higiene, inserción y extracción de lentes de contacto y horario de uso. Si el paciente no puede completar el entrenamiento de lentes de contacto en su primer intento, se le permiten dos sesiones de entrenamiento más para lograr el éxito sin cargo adicional. Si después de tres sesiones, el paciente no puede dominar el entrenamiento, las sesiones adicionales cuestan \$ 20 cada una.

Capacitación en lentes de contacto. \$ 35

***Todas las tarifas vencen al momento del servicio.**

*** Las recetas de lentes de contacto son válidas por 1 año.**

He leído, entendido y acepto los términos anteriores:

Nombre del Paciente: _____ Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Si eres menor de 18 años:

Nombre del Padre : _____ Firma del Padre: _____ Fecha: _____