



Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Género:  Varón  Hembra  OTRO

Estado Civil:  Soltera/Soltero  Casada/Casado

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Doctor de Familia: \_\_\_\_\_ Fumas:  SI (cuanto al día? \_\_\_)  NO Tomas Alcohol:  SI  NO

**MEDICAMENTOS** (incluso gotas de el ojo):  SI  NO (ENCASO SI, POR FAVOR ANOTAR)

**ALLERGIAS A MEDICAMENTOS:**  SI  NO (ENCASO SI, POR FAVOR ANOTAR)

Usted actualmente utiliza (circule todo lo que corresponda): Lentes	Lentes de Contactos (Marca: _____)	Ninguno
Quiere receta para algun? (por favor circule uno): Lentes	Lentes de Contactos (Marca: _____)	Ninguno

Tienes algun **CONDICION DE EL OJO**?  NINGUNO

Dolores de Cabeza\*  Destellos de Luz\*  Flotadores\*  Doble Visión\*  Ojos Llorosos/Ojos irritados  Historia de serugia en los ojos?  Glaucoma  Cataratas  Degeneración Macular  Ceguera  Ojo Vago/Voltea de el ojo  Desprendimiento de Retina  Ojos que pican

Estas embarazada or Mamantando?  SI  NO E sido diagnosticado con Diabetes?  SI  NO Tienes la Preción alterial alta?  SI  NO  
Tienes actualmente los siguientes áreas?

HISTORIA MEDICA Y OCULAR	SI	NO	EXPLICACION DEL PROBLEMA
CONSTITUCION/GENERAL (cancer, fatiga, etc.)			
OREJA, NARIZ, GARGANTA (sinusitis, audiencia, etc.)			
NEUROLOGICAL (Migrañas, epilepsia, etc.)			
PSYCHIATRIC (ansiedad, depresión, etc.)			
CARDIOVASCULAR (alta presión sanguínea, etc.)			
RESPIRATORY (asma, enfisema, etc.)			
GASTROINTESTINAL (estómago or intestinos)			
GENITAL, RIÑON, VEJIGA			
MÚSCULOS, HUESOS, ARTICULACIONES			
PIEL (cancer en la piel, eczema, rosácea, etc.)			
ENDOCRINA (diabetes, hipertiroido, etc.)			
ALLERGIAS (estacional, etc)			

Historia Medica y Ocular de la familia:  Desconocido

SI	NO	CONDICION	RELACION (CIRCULE UNO)					
		CANCER	Padre	Madre	Hermano	Hermana	Hijo	Hija
		DIABETES	Padre	Madre	Hermano	Hermana	Hijo	Hija
		ALTA PRESION SANGUINEA	Padre	Madre	Hermano	Hermana	Hijo	Hija
		HIPERTIROIDES/HIPOTIROIDES	Padre	Madre	Hermano	Hermana	Hijo	Hija
		CATARATAS	Padre	Madre	Hermano	Hermana	Hijo	Hija
		DEGENERATION MACULAR	Padre	Madre	Hermano	Hermana	Hijo	Hija
		GLAUCOMA	Padre	Madre	Hermano	Hermana	Hijo	Hija

\*\*\*\*\* OFFICE USE ONLY BELOW LINE \*\*\*\*\*

[ ] Self Pay(S-) [ ] EYEMED(92-) [ ] VSP(92-) [ ] MESVISION(S-) [ ] MEDICARE(92-) [ ] SPECTERA(92-) [ ] OTHER(92-) \_\_\_\_\_

Visual Field (\$20) : \_\_\_\_\_ CL(\$60-\$75, I+R \$35): \_\_\_\_\_ Exam Fee(\$89): \_\_\_\_\_ Refraction Fee (\$45-only Medicare): \_\_\_\_\_

Optomap (\$45): \_\_\_\_\_ Recall: \_\_\_\_\_ Reason For Recall: \_\_\_\_\_

# COMPREHENSIVE EYE

200 Mosaic Circle, Pooler, GA 31322

El seguro de la vista no siempre cubre todas las partes de su examen ocular. Parte de su cuidado de los ojos puede tener que ser facturado a su seguro médico en función de la extensión de los procedimientos o el tratamiento correspondiente a su caso individual. Este tipo de facturación se producirá si alguna parte de su examen resulta en un diagnóstico o es una continuación de la atención de una enfermedad ocular. En el caso de que su examen entre en la categoría que permite el seguro de visión, usted será responsable de cualquier saldo que no esté cubierto por su seguro de visión. En el caso de que su examen entre en la categoría de una enfermedad ocular que deba ser facturada por el seguro médico, usted incurrirá en el copago del especialista junto con la cantidad que se destine a la franquicia de su seguro médico y cualquier servicio que no esté cubierto por su seguro médico.

**Cesión de prestaciones médicas y responsabilidad de los servicios no cubiertos:** Al firmar este formulario, reconozco que estoy de acuerdo con el método de facturación de este examen ocular que se explicó anteriormente. Reconozco que el beneficio elegido será asignado a Comprehensive Eye. También estoy de acuerdo con la liberación de cualquier información que pueda ser requerida para asegurar el pago de los beneficios, así como el uso de esta firma en todas las presentaciones del seguro. Si el paciente es menor de edad, yo, como tutor legal, doy mi consentimiento para este examen y todos los futuros servicios prestados. Es mi responsabilidad conocer la cobertura de mi seguro. Estoy de acuerdo en pagar todos los co-pagos en la fecha de los servicios. Estoy de acuerdo en pagar los deducibles, y los cargos por servicios no cubiertos dentro de los 45 días de los servicios prestados. Entiendo que, si algunos cargos no son pagados por mi seguro, sigo siendo financieramente responsable y se me facturará por ellos.

Firma del tutor legal/paciente \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Aviso de prácticas de privacidad:

Reconozco que he recibido y revisado la copia laminada del Aviso de Prácticas de Privacidad de Comprehensive Eye y entiendo que pueden compartir mi información personal con entidades aprobadas para facilitar mi atención médica y la facturación asociada del seguro.

Firma del Tutor Legal/Paciente \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Autorización para divulgar información:

Por la presente autorizo a los proveedores de Comprehensive Eye a divulgar mi información de salud contenida en el conjunto de registros designados que Comprehensive Eye mantiene en mi nombre a lo siguiente:

Médico de Atención Primaria: \_\_\_\_\_ Esposa/o: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

Firma del Tutor Legal/Paciente \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**EXAMEN DEL CAMPO VISUAL** Una parte fundamental del cuidado integral de los ojos es un campo visual. Recomendamos encarecidamente esta prueba que ofrece un examen computarizado de su visión lateral (periférica). Muchas enfermedades reveladas por un campo visual son indetectables en un examen ocular y sólo pueden ser diagnosticadas con un campo visual. Algunas de las enfermedades que un campo visual puede detectar son **GLAUCOMA, ENFERMEDADES RETINALES, TUMORES CEREBRALES, TRASTORNOS SANGUÍNICOS** y muchos otros trastornos relacionados con el ojo y el cerebro. El seguro de la vista no cubre la revisión del campo visual. La tarifa de los campos visuales es de 20 dólares.

\_\_\_\_ ACEPTO tener un campo visual de detección

Firma del paciente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ RECHAZO a tener un campo visual de screening

Firma del paciente \_\_\_\_\_

## LAS IMÁGENES OPTOS OPTOMAP REEMPLAZAN LA DILATACIÓN

Nos complace presentar Optos Optomap Imaging, nuestro nuevo estándar de atención premium. Las imágenes de Optomap reemplazarán la dilatación para su examen hoy, a menos que el médico lo considere necesario. Como procedimiento instantáneo no invasivo, el Optomap es una alternativa muy recomendable a la dilatación. La captura de imágenes de Optomap revela más del 82 % de la parte posterior del ojo. Puede detectar enfermedades que amenazan la visión, incluidas, entre otras, diabetes, glaucoma, cáncer, desgarros de la retina y problemas cardiovasculares que pueden pasar desapercibidos con la dilatación. **NO HAY EFECTOS SECUNDARIOS NI SENSIBILIDAD A LA LUZ CON LAS IMÁGENES DE OPTOMAP NI NINGUNA MOLESTIA.** Optomap se receta anualmente con un copago de seguro de \$45. Comprehensive Eye acepta este mismo copago si no tiene seguro de la vista. Su médico revisará los resultados de su Optomap con usted mientras ve sus imágenes juntas durante su examen y puede solicitar que se le envíen imágenes por correo electrónico.

\_\_\_\_ ACEPTO a recibir imágenes de optomap

Firma del paciente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ RECHAZO a recibir imágenes de optomap

Firma del paciente \_\_\_\_\_