



# Bienvenidos

Eberhardt Vision Center

## Información del Paciente

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| Apellido  |  | Nombre   |  | Titulo<br><input type="checkbox"/> Sr <input type="checkbox"/> Sra <input type="checkbox"/> Srta <input type="checkbox"/> Dr <input type="checkbox"/> Otro _____ |  |
| Dirección   |  | Ciudad   |  | Estado   |  |
| Código Postal   |  |  |  |  |  |
| Telefono de Casa  |  | Telefono Celular   |  | Telefono de Trabajo  |  |
| Lugar de Trabajo  |  |  |  |  |  |
| Fecha de Nacimiento   |  | Ultimos 4 # de su Seguro Social  |  | Ocupacion  |  |
| Referido por <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Amigo |  | <input type="checkbox"/> Otro _____  |  |  |  |
| Fecha de su Ultimo Examen   |  | Lugar de su Ultimo Examen  |  | Nombre del Doctor  |  |
| Nombre de su Seguro Medico  |  | Relacion con el Asegurado<br><input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro |  | Nombre del Asegurado   |  |

Para que tipo de examen esta aqui?  Vision  Lentes de contacto (pupilentes)  Exam medico de su ojo

Usa lentes de contacto (pupilentes)?  Si  No

Alguna vez ha usado lentes de contacto (pupilentes)?  Si  No

Le interesa usar lentes de contacto (pupilentes)?  Si  No

Diganos que deporte o actividad practica: \_\_\_\_\_

Tiene usted actualmente algun problema especifico de su vista?  Si  No

Si es asi expliquenos \_\_\_\_\_

Es usted sensible a la luz?  Si  No      Tiene usted vision doble?  Si  No

Tiene usted dolores de cabeza frecuentes o cansancio visual?  Si  No

Ve destellos de luz, puntos o luces flotando?  Si  No

Usa usted computadora en su trabajo o casa?  Si  No      Cuantas horas/dias? \_\_\_\_\_

Tiene usted algun familiar que tenga diabetes, alta presión, desorden de la tiroides o un problema respiratorio?

Si  No      Diganos quien \_\_\_\_\_

Esta tomando algun medicamento?  Si  No      Si su respuesta es si, por favor escribalos \_\_\_\_\_

Es alergico ha algun medicamento?  Si  No      Por favor escribalos \_\_\_\_\_

Alguna vez ha estado involucrado en un accidente donde se halla golpeado en la cabeza?  Si  No

Ha tenido algun familiar diagnosticado con glaucoma, cataratas o desprendimiento de retina?  Si  No

Diganos quien \_\_\_\_\_ Tiene usted o un familiar problemas para distinguir colores?  Si  No

Diganos quien \_\_\_\_\_ Ha tenido algun accidente, infección o cirujia en sus ojos?  Si  No

Continue en las Siguietes Paginas 

**RECONOCIMIENTO DE RECIBIR  
NOTIFICACION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD  
Y CONSENTIMIENTO O AUTORIZACION LIMITADA  
Y FORMA DE DILVULGACION**

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

El firmante reconoce haber recibido una copia del Aviso actualmente vigente sobre prácticas de privacidad por Eberhardt Vision Center. Estas prácticas de privacidad también se pueden encontrar en nuestra página web en [www.eberhardtvision.com](http://www.eberhardtvision.com). Una copia firmada de este documento con fecha deberá ser tan eficaz como el original.

Mi firma también servirá como documento de información de salud protegida si solicito que se envíe un tratamiento o una imagen a otro médico o centro de atención en el futuro.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente  
paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del Representante Legal y relación con el

Yo  Esposo/a  Padre/Madre  Otro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante Legal

**Por favor escriba otras personas que pueden tener acceso a su información médica:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

**¿Cómo quieres ser llamado/a desde la zona de recepción?**

Nombre Unico? \_\_\_\_\_ Apellidos con el Sr. / Sra. / Srta. / Dr.? \_\_\_\_\_  
Otro? \_\_\_\_\_

**Autorizo el contacto de esta clínica para confirmar mis citas, tratamientos y datos de facturación:**

- Teléfono Celular  Teléfono de Casa  Teléfono de Trabajo  Fax  
 Todas las formas listadas

**Autorizo la INFORMACIÓN SOBRE MI SALUD que sea transmitida a través de:**

- Teléfono Celular  Teléfono de Casa  Teléfono de Trabajo  Fax  
 Todas las formas listadas

**Reconocimiento y Acuerdo del Responsable en:  
Consentimiento para Facturar al Seguro Médico o de Visión. Completa  
Información de Cobertura Médica o Visión y Saldos no Cubiertos por el Seguro  
Médico o de Visión**

Autorizo a Eberhardt Visión Center facturar a mi compañía de seguro médico o de visión para mí o mis dependientes (cónyuge, pareja o hijos) por servicios profesionales prestados y cualquier producto óptico (es decir. Marcos, lentes, gafas de sol, lentes de contacto, etc.) Que ordenó a través del Departamento óptico. Entiendo y acepto que la información dada al Coordinador de seguros de Eberhardt Visión Center no es una garantía de pago y es sólo una estimación. Determinación final de todos los beneficios se decide por mi compañía de seguro médico o de visión al tiempo de procesamiento de las reclamaciones, éstas están sujetas a factores como deducibles, copagos, cancelación de la cobertura del seguro sin el reconocimiento del paciente o debido a la tardía o no pagos de las primas de mi compañía de seguro. La cantidad exacta del pago se determina en el momento del procesamiento del reclamo por mi compañía de seguro médico o de visión.

Entiendo que Eberhardt Visión Center no es responsable financieramente por información errónea o incompleta dada por teléfono o página de internet por parte de mi compañía mi seguro médico o de visión al Coordinador de seguros de Eberhardt Visión Center. Estoy de acuerdo en pagar a Eberhardt Visión Center por todos los servicios profesionales y productos ópticos si mi seguro médico o de visión niega el pago a Eberhardt Visión Center por cualquier motivo.

Estoy de acuerdo en divulgar la información de cobertura de todas mis compañías de seguro médico o de visión incluyendo primarias, secundarias y complementarias el día del servicio o pedido del producto óptico por mí y por todos mis dependientes (quien está utilizando el beneficio) . Si soy dependiente del suscriptor asegurado, me comprometo a divulgar las compañías de seguro médico o de visión (incluido yo mismo, cónyuge, padres y padrastros) antes del servicio o pedido de productos ópticos. Entiendo que no revelar esta información resultará en honorarios profesionales y honorarios de producto óptico, siendo mi responsabilidad financiera (o persona responsable). Entiendo que las compañías de seguro médico o de visión pueden hacer auditorias de reclamos hasta más de tres años y es mi responsabilidad financiera si ninguna información de compañías de seguro médico o de visión fue revelada a Eberhardt Visión Center.

**PARA LOS PACIENTES DE LENTES DE CONTACTO:** Lentes de contacto son clasificados como dispositivos médicos de la FDA porque afectan la salud y el metabolismo de la córnea y puede causar infecciones y úlceras corneales si un paciente no está usándolos correctamente, o siguiendo las indicaciones y recomendaciones de uso y cambio del fabricante. Un examen de lentes de contacto incluye la medición de la curvatura corneal, el diámetro, recomendación del material de lente dependiendo del horario de uso, estado corneal y sequedad del ojo o humectación, así como un control físico del centro y alineación del lente de contacto en el paciente con un biomicroscopio por el optómetra. Los honorarios por un examen de lentes de contacto no son parte del examen rutinario del ojo y los honorarios varían dependiendo de factores como, el paciente es su primera vez o no, necesidad de un lente de especial como un multifocal, gas permeable o lente para queratocono. La mayoría de los exámenes de lentes de contacto incluyen 60 días de cuidado y de seguimiento. Si el paciente no está en conformidad con el seguimiento obligatorio de visitas (cuando sea requerido por el optómetra) durante este período de 60 días, el paciente tendrá que reiniciar este proceso y pagar nuevamente por el examen de lentes de contacto.

Yo he leído, entiendo, y estoy de acuerdo con toda la información detallada en este acuerdo.

Firma del Paciente o Responsable \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **Eberhardt Vision Center, INC.**

### **Pólítica de Cancelación Tardía o Incumplida Sin Aviso**

Cuando los pacientes hacen una cita con nuestro oculista, un período de tiempo reservado se destina entre usted, nuestro técnico y médico. Cuando los pacientes faltan a sus citas o no dan a la clínica suficiente aviso de cancelación, les impide a otros pacientes recibir atención médica que están en la lista de cancelación. Citas canceladas sin anticipación también crea una pérdida financiera para la clínica, ya que varios empleados están programados para estar aquí para brindarle servicios profesionales de atención de la vision durante el horario de su cita reservada. Además, si tiene un seguro medico que estamos facturando, nuestro coordinador de seguros ha dedicado tiempo por adelantado para comunicarse con su compañía de seguros para verificar sus beneficios antes de su cita.

Nuestra Pólítica es la siguiente:

**Para las citas de la mañana y temprano en la tarde programadas antes de la 1:00 pm, los pacientes deben cancelar o reprogramar su cita antes de las 12:00 pm del DÍA ANTERIO DE SU CITA.**

**Para las citas programadas por la tarde (2:00 pm o más tarde), los pacientes deben cancelar o reprogramar su cita antes de las 5:00 pm del DÍA ANTERIOR.**

**Un paciente tendrá una cita incumplida en su registro si este aviso no se da a la hora especificada por teléfono, correo de voz o en persona.** Esto sólo se eliminará de su expediente si se considera un problema médico de emergencia o de transporte de último minuto.

Como una cortesía a nuestros pacientes, nosotros no cobramos "**Tarifa por Cita Incumplida**" o sobrellenamos la agenda anticipando que algunos pacientes incumplirán la cita. Sin embargo, si cancela una cita sin darnos el aviso requerido como se especifica anteriormente, se debe realizar un depósito reembolsable de \$ 60.00 para reprogramar su próxima cita.

Su depósito completo se devolverá dentro de 4 días laborales o esta cantidad se puede aplicar hacia el saldo si existe alguno. Si se incumple su cita después de poner su depósito, su depósito completo no será reembolsado (como pago por la pérdida financiera a la clínica y por evitar que otros pacientes se hubieran visto).

He leído, entendido y estoy de acuerdo con la información de arriba

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del paciente o del padre/guardián: \_\_\_\_\_

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