

Cuestionario Historial del Paciente

Nombre: _____ Fecha: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____
Código Postal: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Numero de Seguro Social: _____ Numero Telefonico(casa): _____
Número Telefónico(celular): _____ Numero Telefónico(trabajo): _____
Correo Electrónico: _____ Empleador: _____
Ocupación: _____ Referido por: _____
(circule todas la que apliquen): Asiático Afroamericano Blanco Negarse a especificar

Raza Etnica: Hispano/Latino No Hispano/Latino Negarse a especificarse

Información Personal

Razón por la visita de hoy: _____
Usa lentes actualmente? Si / No Usa lentes de contactos? Si / No
Fecha del último examen de la vista: _____
Alguna vez a tenido una operación de ojos? Si / No Tipo: _____ Fecha: _____
Alguna vez a tenido una lesión de ojos? Si / No Tipo: _____ Fecha: _____
Tiene cataratas? Si / No Glaucoma? Si / No Degeneración Macular? _____
Vista Borrosa? Si / No Otros Problemas de Ojos? Si / No Describe: _____

Informacion Medica

Salud General? _____
Diabetes? Si / No Presion Alta? Si / No
Tiene problemas con cualquiera de estos otros sistemas? (Circule todos los que apliquen)
Respiratorio Si / No Mental Si / No
Gastrointestinal Si / No Piel Si / No
Nervioso Si / No Cardiovascular Si / No
Oidos/Nariz/Garganta Si / No
Si respondió sí a cualquiera, explique: _____
Nombre de
Medicamentos que tome actualmente: _____
Alergia a Medicamentos: _____
Fuma tabaco? Si / No Toma alcohol? Si / No

Historial Familiar

Diabetes? Si / No Presion Alta? Si / No Cataratas? Si / No Glaucoma? Si / No
Degeneracion Macular? Si / No Desprendimiento de retina? Si / No
Otras Condiciones? Si / No

Notificación de la Privacidad de Nuestra Práctica

Reconozco que se me ha dado la oportunidad de ver y o recibido una copia de *Larsen Eye Group Notice of Privacy Practices*.

Firma: _____ Fecha de hoy: _____
Si firma como padre o tutor, favor de poner el nombre del paciente _____

Formas de comunicaciones y recordatorios vía mensaje de texto o correo electrónico.

Autorizo que Larsen Eye Group se comunice tratándose de problemas y recordatorios relacionadas con la visión vía mensaje de texto o correo electrónico.

Firma: _____ Fecha de hoy: _____

Seguro Medico / Pagos

Le avisamos que si está usando seguro de vision medica para su visita de hoy, este es un contrato entre usted y la compañía de su seguro médico; no con Larsen Eye Group.

Vision: Seguro _____
Nombre del suscriptor _____
Numero de Seguro Soc. del suscriptor _____
Fecha de Nac. del suscriptor _____

Medico: Seguro _____
Nombre del suscriptor _____
Numero de Seguro Soc. del suscriptor _____
Fecha de Nac. del suscriptor _____

Si el paciente es menor de edad, favor de nombrar la persona responsable:

Nombre _____
Relación con el paciente _____

Asigné todos mis beneficios médicos/visión a Larsen Eye Group/Edwin K. Larsen OD y autorizo que sometan toda la información necesaria para asegurar el pago del seguro médico. Entiendo que todos los beneficios dados, no son garantizados de ser pagados por la compañía del seguro médico, y que la determinación se hace solamente a finalizar los trámites a la compañía. Entiendo que seré responsable por cualquier costo no cubierto por el seguro.

Firma del Paciente o Guardián: _____ Fecha: _____

*Pagos por materiales y servicios deben ser hechos al momento de recibirlos. Se requiere el pago por completo de materiales en adelante antes de procesar la orden (esto incluye todos los cargos extra no cubiertos por el seguro médico). Si tiene cualquier pregunta, favor de preguntarle a una empleada.

Pólizas de la Oficina

Cheques Personales y Rebotados

- *Cheques personales no serán aceptados de pacientes nuevos.
- *Es a la discreción de Larsen Eye Group si aceptamos cheques personales
- *Habrá un cargo de \$25 por cheques rebotados que deben ser pagados mas aparte los cargos originales en 90 días.

Recoger Lentes y Pupilentes

Todos los lentes y pupilentes que han sido prescritos, adaptados , y pagados por el paciente serán mantenidos por un año del día de compra. Si el paciente no recoge sus lentes o pupilentes en un año, serán donados a la organización The Lions Club International.

Poliza de Devolucion

Los lentes son hechos específicamente para la persona. Por lo cual no hay devoluciones o intercambios de ningún par de lentes (incluyendo armazón y lente). Ocasionalmente se necesita hacer un cambio de prescripción lo cual no hay cargo en los primeros 90 días. Tampoco habrá un costo por cualquier diferencia entre la prescripción dada por el doctor y el lente hecho por el laboratorio que necesite ser cambiada.

Con respecto a los contactos no especializados adquiridos, cualquier caja que no esté abierta y o marcada puede ser regresada obteniendo su reembolso completo o intercambiada en los primeros 6 meses en caso de cambio de prescripción. En lo contrario, la venta de pupilentes especializados (rígidos o con alto astigmatismo) es final. Durante el tiempo de prueba de contactos, cualquier intercambio se podrá hacer sin ningún costo mientras tengamos tiempo suficiente de regresar el producto a la fábrica antes de que pasen los 90 días.

Eh leído y comprendo todos los aspectos de las pólizas mencionadas arriba.

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: _____

¡Gracias por escoger a Larsen Eye Group! Nuestra misión es proveer la calidad mas alta de vision medica para usted, su familia, y a toda nuestra comunidad.