OPAL OPTOMETRY | Dr. Caitlyn Rana-Lew, OD
525 N Azusa Ave, Covina, CA 91722
P: (626) 967-2495 | F: (626) 967-2496
hello@opaloptometry.com
opaloptometry.com

¡Bienvenidos a Opal Optometry!

Fecha: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/_____
Nombre preferido: _____ Sexo: ☐ F ☐ M ☐ X
Dirección postal: _____ Teléfono celular: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono de casa: _____
Correo electrónico: _____ ¿Acepta recordatorios por texto? ☐ Sí ☐ No
Ocupación: _____ Idioma preferido (si no es inglés): _____
Padre/madre/tutor (si el paciente es menor de 18 años): _____ Teléfono: _____
Contacto de emergencia y parentesco: _____ Teléfono: _____
¿Cómo se enteró de nosotros? _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Compañía de beneficios de la vista: _____ N.º de miembro: _____
Nombre del miembro principal: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/_____
¿Seguro de visión secundario? ☐ Sí ☐ No Plan de visión secundario y titular de la póliza: _____

HISTORIAL MÉDICO

¿Usted o algún familiar ha tenido alguna de estas afecciones? Indique el parentesco o agregue detalles.

	Usted	Familiar	Parentesco o explicación
Afecciones médicas			
Enfermedad autoinmune	☐	☐	
Cáncer	☐	☐	
Diabetes	☐	☐	
Fiebre del heno (alergias)	☐	☐	
Enfermedad cardíaca	☐	☐	
Presión arterial alta	☐	☐	
Colesterol alto	☐	☐	
Migrañas	☐	☐	
Trastornos neurológicos	☐	☐	
Derrame cerebral	☐	☐	
Enfermedad de la tiroides	☐	☐	
Otro: _____	☐	☐	
Afecciones oculares			
Cataratas	☐	☐	
Glaucoma	☐	☐	
Ojo seco	☐	☐	
Desprendimiento retinal	☐	☐	
Degeneración macular	☐	☐	
Queratocono	☐	☐	
Estrabismo (ojo desviado)	☐	☐	
Ambliopía (ojo vago)	☐	☐	
Ceguera	☐	☐	
Otro: _____	☐	☐	

Médico de cabecera / Pediatra: _____
Teléfono: _____ Último examen físico: _____
Medicamentos (incl. venta libre, gotas, vitaminas): _____
_____
_____

¿Toma alguno de estos?
☐ Plaquenil ☐ Steroids ☐ Flomax ☐ Amiodarone ☐ Topamax ☐ Ninguno

¿Alergias a medicamentos o gotas para los ojos? _____
¿Fuma o vapea? ☐ Sí ☐ No ¿Con qué frecuencia? _____
¿Embarazada? ☐ Sí ☐ No ¿Amamantando? ☐ Sí ☐ No

Fecha del último examen de la vista: _____
¿Usa anteojos? ☐ Sí ☐ No ¿Lentes de contacto? ☐ Sí ☐ No
Marca de lentes de contacto: _____
¿Ha tenido lesiones o cirugías oculares? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, explique: _____
_____
_____

CONSENTIMIENTO PARA LA DILATACIÓN

Opal Optometry recomienda un examen de la vista con dilatación cada año, o según lo indique el médico. Las gotas dilatadoras agrandan la pupila para que el doctor pueda examinar a fondo la retina y el nervio óptico. La dilatación ayuda a detectar enfermedades oculares como el glaucoma, la degeneración macular y los desgarros de retina, así como signos de enfermedades sistémicas como la diabetes y la presión arterial alta. En los niños, unas gotas especiales también relajan los músculos de enfoque para que podamos medir con precisión la graduación real de los ojos.

La dilatación suele causar visión borrosa, especialmente de cerca, y sensibilidad a la luz durante 4 a 6 horas, y a veces más tiempo en los niños. Recomendamos traer lentes de sol y organizar que alguien lo lleve si no se siente cómodo manejando con la visión borrosa. Por favor, ponga sus iniciales a continuación.

☐ **SÍ**, deseo que me dilaten los ojos (o los de mi hijo/a) hoy, durante mi examen de la vista, si el doctor lo recomienda.

☐ **NO**, no deseo la dilatación hoy. Entiendo que esto puede limitar la capacidad del doctor para evaluar por completo la salud de los ojos.

RECONOCIMIENTO DE ENTREGA DE LA RECETA

Entiendo que se me proporcionará una copia de mi receta de anteojos y/o lentes de contacto al finalizar mi examen refractivo de la vista o la adaptación de lentes de contacto.

Doy mi consentimiento para que mi receta de anteojos y/o lentes de contacto me sea enviada electrónicamente por **correo electrónico.**

☐ **Sí** ☐ **No** ☐ **Prefiero una copia impresa**

POLÍTICA FINANCIERA, CESIÓN DE BENEFICIOS Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Seguro. Opal Optometry le ofrece la cortesía de presentar reclamaciones a sus planes de seguro de la vista y médico. Tenga en cuenta que la cobertura del seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros, y que una cotización de beneficios de su plan no garantiza el pago.

Facturación médica y de la vista. Entiendo que mi visita puede facturarse a mi seguro médico, en lugar de mi plan de la vista, cuando el doctor evalúa o trata una afección médica del ojo. La refracción (la prueba que determina la receta de los anteojos) no está cubierta por muchos planes médicos; cuando no está cubierta, soy responsable del cargo habitual y acostumbrado (U&C) de la práctica por la refracción. La evaluación y adaptación de lentes de contacto son independientes del examen de la vista de rutina y pueden tener un cargo adicional.

Pacientes sin seguro. Si no tengo seguro o decido no usarlo, entiendo que tengo derecho a solicitar un Estimado de Buena Fe de los cargos previstos antes de mi visita.

Citas perdidas. Le pedimos amablemente que avise con al menos 24 horas de anticipación para cancelar o reprogramar una cita, para que podamos ofrecer ese horario a otro paciente. Las citas perdidas o canceladas sin este aviso pueden estar sujetas a un cargo, y es posible que no podamos ofrecer una cita de reemplazo.

Responsabilidad financiera. Entiendo y acepto que soy el responsable final de todas las obligaciones de pago derivadas de los servicios y productos que se me proporcionen a mí o a mis dependientes. Acepto pagar todos los copagos, deducibles, coseguros y cargos no cubiertos por mi plan de seguro al momento del servicio, o al recibir un estado de cuenta, a menos que se hayan acordado otros arreglos de pago por adelantado. Si una reclamación es denegada o reducida, sigo siendo responsable del saldo, excepto cuando nuestro acuerdo con mi plan o la ley no permita cobrármelo. Si un saldo permanece sin pagar 60 días después de la fecha de mi estado de cuenta, entiendo que se puede aplicar un cargo por pago tardío, donde la ley lo permita, y que la cuenta puede ser remitida a una agencia de cobros.

Cesión de beneficios. Por la presente cedo y ordeno el pago de cualquier beneficio de seguro de la vista, médico u otro directamente a Dr. Caitlyn Rana-Lew, O.D., Optometric Corporation, que opera como Opal Optometry, por los servicios prestados a mí o a mis dependientes.

Divulgación de información. Autorizo a Opal Optometry a divulgar cualquier información médica, clínica o de facturación relacionada con mi tratamiento a mi(s) compañía(s) de seguros, Medicare, Medi-Cal y sus agentes autorizados, según sea necesario para procesar reclamaciones o determinar los beneficios pagaderos. Esta autorización permanece vigente hasta que yo la revoque por escrito, excepto en la medida en que ya se haya actuado con base en ella.

ACUSE DE RECIBO DE LA POLÍTICA DE PRIVACIDAD

Al brindarle atención, creamos, recibimos y almacenamos información de salud que lo identifica. A menudo es necesario usar y divulgar esta información para tratarlo, para obtener el pago de los servicios y para realizar las operaciones de atención médica en nuestro consultorio. Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad describe estos usos y divulgaciones, y sus derechos, en detalle.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para el tratamiento de mi persona y/o en nombre del menor al que se refiere esta información. Doy permiso para que el/los doctor(es) examinen, diagnostiquen e inicien el tratamiento que consideren apropiado. Además, certifico que, si el paciente es menor de edad, soy su padre, madre o tutor legal y tengo la autoridad para autorizar su atención y tratamiento.

Mi firma a continuación confirma que he leído, entiendo y estoy de acuerdo con todas las secciones de este formulario: Dilatación, Entrega de la receta, Política financiera, Política de privacidad y Consentimiento para el tratamiento.

Firma del paciente o tutor (si es menor de 18 años): _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde:_____