

# Vision Source! Greenspoint

## BIENVENIDO A NUESTRA OFICINA

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt. # \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Teléfono (Casa) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_ (Celular) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Seguro Social de Paciente: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Nombre de Trabajo: \_\_\_\_\_

Como escucho de nuestra oficina? \_\_\_\_\_

Con que lo podemos ayudar hoy?  Examen Rutinario  Lentes  Contactos  Examen Medico de Ojo

Si el examen es medico, cuales son las molestias? \_\_\_\_\_

Nombre de Asegurancia Principal: \_\_\_\_\_ Nombre de Miembro Principal: \_\_\_\_\_

# ID de Miembro Principal: \_\_\_\_\_ # Telefonico de Asegurancia Principal: \_\_\_\_\_

Nombre de Asegurancia para Vision: \_\_\_\_\_ Nombre de Miembro Principal: \_\_\_\_\_

Seguro Social de Miembro Principal: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relacion con Paciente: \_\_\_\_\_

### EYE HISTORY: (Marque las opciones que aplican en su caso)

Dolor de Cabeza  
 Sensibilidad a Luz/Brillo  
 Vista Cansada  
 Ardor  
 Ojo Perezoso  
 Resequedad  
 Ojos Llorosos  
 Dolor en los ojos  
 Sensación de Objeto Extraño  
 Infección Ojo/Parpado

Comezón  
 Lagañas  
 Vision Borrosa a Distancia  
 Vision Borrosa de Cerca  
 Vision Distorsionada  
 Doble Vision  
 Flotadores o Puntos  
 Vision Fluctuante  
 Trauma en el Ojo  
 Cirugía en el Ojo

### FAMILY HISTORY:

Perdida de Vision Lateral  
 Parpado(s) Caídos  
 Rojez  
 Sensación Arenosa  
 Estrabismo  
 Glaucoma  
 Catarata  
 Enfermedad de Retinal  
 Degeneración Macular  
 Otro: \_\_\_\_\_

Diabetes  
 Enfermedad de Corazon  
 Enfermedad de Tiroides  
 Artritis  
 Glaucoma  
 Catarata  
 Presión Alta  
 Colesterol Alto  
 Cancer  
 Otro: \_\_\_\_\_

### HISTORIAL MEDICO PRESENTE Y PASADO: (Marque las opciones que aplican en su caso)

Fiebre  
 Perdida de Peso  
 Oído/Nariz/Garganta  
 Presión Alta  
 Asma/Bronquitis  
 Ulceras/Gastritis  
 Cirugía en el año pasado. Especifique \_\_\_\_\_  
 Otro: \_\_\_\_\_

Depresión/Psicosis  
 Riñón/Problemas Renales  
 Artritis/Enfermedad en Hueso/Articulación  
 Acne/Problemas de Piel  
 Problemas Neurológico/Derrame  
 Diabetes

Enfermedades de Tiroides  
 Colesterol Elevado  
 Alergias  
 VIH  
 Discapacidad  
 Cancer

Alergias a Medicamentos (Lista): \_\_\_\_\_

Lista de Medicamentos : \_\_\_\_\_

# VISION SOURCE! GREENSPOINT

Dr. Khalil Marcha

12122 Greenspoint Drive, Houston, TX 77060

Telefono 281-875-5439/ Fax 281-875-2266

[www.visionsource-greenspoint.com](http://www.visionsource-greenspoint.com)

## Formulario de Consentimiento del Paciente

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

YO LE PERMITIRE A VISION SOURCE GREENSPOINT QUE DIVULGUE MI INFORMACION MEDICA SOLO BAJO MI PERMISO. (Esto significa que mi firma será necesitada en escrito para que cualquier información médica sea divulgada).

**POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE:** ENTIENDO QUE MI INFORMACION MEDICA ES CONFIDENCIAL. ENTIENDO QUE AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, ESTOY PERMITIENDO QUE MI INFORMACION MÉDICA SEA DIVULGADA SOLO EN CASO DE UNA EMERGENCIA U OPERACION MÉDICA.

TAMBIEN COMPRENDO QUE TENGO EL DERECHO DE RESTRINGIR LA DIVULGACION DE CIERTA INFORMACION EN MI REGISTRO MEDICO SIEMPRE Y CUANDO LO PIDA POR ESCRITO. ENTIENDO QUE TAL PETICION PUEDE SER NEGADA SI LA INFORMACION RESTRINGIDA ES REQUERIDA PARA CUALQUIER OPERACION RELACIONADA EN EL CUIDADO DE SALUD.

HE LEIDO LA INFORMACION DADA EN ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO SOBRE LA DIVULGACION DE INFORMACION, AVISO DE PRACTICAS PRIVADAS PUESTAS POR LAS REGLAS DE HIPPA Y ACEPTO TODAS LAS POLIZAS DE VISION SOURCE. RECONOZCO QUE ESTOY FAMILIARIZADO Y COMPRENDO LOS TERMINOS Y CONDICIONES DEL CONSENTIMIENTO.

Firma del Paciente o Padre Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Vision Source! Greenspoint

## Polizas 2013

### SERVICIOS PROFESIONALES

Las cuotas en copagos del examen deben de ser pagados por completo al momento en que el servicio fue brindado.

Las cuotas profesionales (exámenes, refracciones, evaluaciones de lentes de contacto, o cualquier otro servicio brindado por el doctor) no tendrán reembolso.

La dilatación no tiene cargo alguno, ya que viene incluida en su cuota de examinación. Más, si la dilatación ocurre fuera de su cita original, se cobrará una cuota extra de \$25 durante los primeros 30 días después de la fecha inicial de su cita. Después de los 30 días, la visita de dilatación se considerará como un nuevo examen y se cobrará como tal.

Dentro de los 30 días de la fecha de orden inicial, si usted no está completamente satisfecho con su armazón y el armazón está en condición de venta, nosotros acreditaremos la cantidad completa que fue pagada por el armazón para usarse hacia la compra de un nuevo armazón. Debido a las cuotas por los servicios de laboratorio que ya ocurrieron, solo daremos cincuenta por ciento de la cantidad pagada originalmente por los lentes hacia la compra de material ofrecido en la óptica.

Si usted siente que hay algo mal con el nuevo aumento recetado por el doctor, le pedimos que trate de usar sus lentes mínimo una semana para que sus ojos se puedan adaptar al nuevo cambio de aumento. Por favor evite regresar a su aumento pasado durante este periodo. Si la molestia persiste después de este periodo inicial por favor llámenos al 281-875-5439.

Una cuota de 15% será cargada en su contra si hay una cancelación antes de que los lentes sean hechos.

Armazones/Lentes deben tener como mínimo de pago inicial la mitad del pago total para poder procesar la orden y deben estar totalmente pagados antes de ser dispensados.

Los Lentes de Contacto deben de ser pagados totalmente antes de que la orden sea procesada.

Cualquier orden de lente cancelada por el paciente durante el primer mes de la fecha inicial de la orden sigue siendo responsabilidad del paciente pagar la mitad de la cantidad total debida por los lentes. Después de un mes, el paciente es responsable por la cantidad total.

Vision Source Greenspoint no se hace responsable por lentes que son comprados mas no recogidos después de 90 días.

Todos los armazones automáticamente vienen con garantía de defecto de fábrica que dura un año. Daño, abuso o pérdida de armazón/lente no es cubierto bajo esta garantía. Armazones que el paciente recibe sin cargo alguno no califican para la garantía de defecto de fábrica de un año. Si el armazón, debido a defecto de fábrica, necesita ser reemplazado, habrá un cargo adicional de \$25.00

Resistencia a rayones debe ser comprado para poder calificar para la garantía en reemplazo por rayones. Este reemplazo se puede aplicar solo una vez.

Lentes de Policarbonato deben ser comprados para calificar para la garantía en reemplazo por lentes quebrados. Este reemplazo se puede aplicar solo una vez.

Si los lentes necesitan ser reemplazados bajo garantía, habrá un cargo aplicado solo una vez de \$25.00

Paciente/Tutor Legal \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## Vision Source! Greenspoint

### POLIZAS DE ASEGURANZA Y PAGOS

A menudo, nuestra oficina proporciona exámenes médicos de los ojos a nuestros pacientes. Aun en visitas rutinarias, una condición médica puede ser descubierta durante su examinación, lo cual dependería de su seguro médico y no de visión. Ejemplos incluyen evaluación y tratamiento para condiciones como conjuntivitis, orzuelos, resequedad en los ojos, extirpación de objetos extraños, etc. En dados casos, podemos someter una reclamación a su seguro médico para el pago. Por lo tanto, es importante que tengamos en su archivo su seguro médico y óptico, para que puedan así cubrir sus gastos.

Hacemos todo lo posible para mantener bajo el costo de su atención médica. Usted puede ayudar a pagar en su totalidad a la realización de cada visita. Si usted tiene algún seguro de visión y / o seguro médico, estaremos encantados de llenar los formularios correspondientes o presentar la reclamación por usted, pero por favor complete la información de identificación que se encuentra en este paquete.

Su seguro es un método para que usted reciba el reembolso de los honorarios que ha pagado al oculista por los servicios prestados. Tener un seguro no es un sustituto para el pago. Muchas empresas cuentan con derechos de emisión o porcentajes fijos sobre la base de su contrato con ellos, no con nuestra oficina. Es su responsabilidad de pagar por adelantado el deducible, coaseguro u otros saldos no pagados por su seguro. Nosotros le ayudamos a recibir el reembolso más alto posible, pero usted es responsable de antemano por su recibo. Los copagos, dictados por su seguro médico, solo aplican siempre y cuando hayan sido obtenidos antes de cualquier servicio proporcionado en nuestra oficina, como exámenes. Bajo ninguna circunstancia nuestra oficina reembolsará si usted no proporciono la información adecuada de su seguro médico antes que el servicio fuera proporcionado.

**Certifico que la información sobre el seguro que se encuentra en el formulario y suministrada en esta oficina es correcta. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier deducible, co-seguro y servicios no cubiertos o cualquier otro saldo no pagado por mi compañía de seguros. Si mi compañía de seguros se niega a pagar, me comprometo a ser personalmente responsable del pago. Si no tengo seguro, entiendo que soy responsable de la totalidad del saldo de los servicios y productos ofrecidos.**

### AUTORIZACION PARA EMITIR SU INFORMACION MEDICA

Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí para liberar a la Administracion de Financiamiento del Cuidado de la Salud (o en inglés: Health Care Financing Administration) y sus agentes cualquier información necesaria para determinar los beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Esta asignación se mantendrá en efecto hasta que sea revocado por escrito. Una fotocopia de esta asignación se considera tan válida como el documento original.

Firma de Paciente (*Padre o Tutor Legal*): \_\_\_\_\_

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

Nombre de la Persona que Firmo: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_

Relación (*Con menor*): \_\_\_\_\_

# Vision Source! Greenspoint

## Acuerdo sobre los Servicios de Lentes de Contacto

Dr. Khalil Marcha

### *Información Importante, por favor lea cuidadosamente*

- Periodo de Prueba de 30 Días – La cuota que usted paga por la evaluación de Lentes de Contacto cubre todos los lentes de prueba desechables y cualquier seguimiento por un periodo de 30 días, empezando desde el examen inicial. Si una visita médica es necesaria durante ese periodo, tal visita médica no será incluida en el periodo de prueba, y será puesta bajo su aseguranza medica si es disponible, o será puesta bajo sus responsabilidades financieras. Si por alguna razón la paciente continua después del periodo de prueba inicial de 30 días, cargos adicionales pueden ser cobrados.
- Póliza de Regresos- Si usted no está satisfecho con su compra de lentes de contacto y tales están sin daño alguno, cerrado, y sin caducar, usted puede regresarlos durante los primeros 30 días después de la orden inicial. Nosotros podemos o cambiar el material por otro o darle la cantidad en forma de crédito en la óptica hacia lentes de contacto, armazones u otros materiales. **Las cuotas pagadas por los servicios no se reembolsan.**
- **Vision Source no es responsable por lentes de contacto que son comprados mas no recogidos durante 90 días.**
- Recomendamos a los principiantes en lentes de contacto que ajusten sus ojos gradualmente a los lentes de contacto empezando a usarlos 6 horas y agregar 2 horas cada día hasta que el uso normal sea alcanzado.

**Aviso al paciente:** Lentes de contacto son aparatos médicos federalmente regulados que solo pueden ser dados por receta médica. Los lentes de contacto deben de ser cuidados con la misma precaución que se les da a medicamentos, que incluyen fechas de caducidad, número de veces que se puede usar la receta y visitas con su doctor. Sus ojos cambian gradualmente en tamaño, forma y requerimientos fisiológicos (como oxígeno), lo cual puede cambiar la manera que se ajusta el lente de contacto a su ojo y puede afectar la salud de su ojo. Debería entender la importancia de exámenes regulares como lo recomiende su doctor para conservar su vista.

Si usted tiene algún problema o pregunta con lentes de contacto que hayan sido comprados en otra óptica, el doctor podrá cobrar cuotas de servicio por lentes de contacto temporales al igual que cuotas por el tiempo que el doctor haya puesto en resolver su problema. Esta oficina no se puede hacer responsable si la prescripción se usa aun y después de su fecha de caducidad, si alguien fuera de esta oficina surtió su prescripción incorrectamente, o si los lentes de contacto fueron usados mal por el paciente como dormir con los lentes de contacto puestos o cada cuando y como dispone de ellos. En caso de rojez en el ojo, cambios en la visión, o no esta cómodo con ellos, descontinúe el uso de lentes de contacto y llame a la oficina a 281-875-5439.

En el esfuerzo de mantener su salud ocular, le sugerimos a todo paciente de lentes de contacto que compre un par de lentes de sol oftálmicos para uso continuo. Por favor hable con una persona de la oficina para detalles.

Paciente/Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# EXAMEN DE VISTA DIGITAL

---

## **TOMOGRAFIA DE COHERENCIA OPTICA DE ALTA DEFINICION CIRRUS**

Esta scanner retinal captura imagenes de alta definicion de la retina en tan solo **2.4 segundos!** Con la mas alta tecnologia, la maquina Cirrus HD-OCT es esencialmente una **CT Scan de la parte trasera de sus ojos.** Muchos especialistas en el cuidado de los ojos creen que este instrument es el **standard de oro** para detectar, diagnosticar y administrar cuidados para la glaucoma y degeneracion macular.

La dilatacion puede llegar a ser requerida para llevar acabo este procedimiento (dependiendo del tamaño de su pupila). Muchas enfermedades retinales han sido diagnosticadas con la tomografia de optica coherente incluyendo **tumores cerebrales, hoyos maculares, degeneracion macular, glaucoma, y lesions retinales.**

## **FOTOGRAFIA FUNDUS CON CAMARA RETINAL DE LINEA SUPERIOR TOPCON**

Las Imagenes de Retina Digital es una tecnologia mejorada en la cual su doctor puede tomar fotografias digitales de alta resolucion de la porcion interna de su ojo llamada retina. La fotografia a color, tomada con una camara retinal especializada, muestra imagenes detalladas de las varias estructuras de la retina incluyendo el nervio optico, vasos sanguinios, capa de fibra nerviosa, y la macula. Tambien tiene la capacidad de **mostrar anomalidades que pueden amenazar su vision.** Este examen provee una base de comparacion sobre visitas pasadas y futuras, lo cual ayuda al momento de monitorear la progresion de enfermedades y respuesta a terapia.

- **Sus imagines estarian disponibles inmediatamente**
- Software especializado puede ayudar a miembros de su familia a entender en que maneras su vision ha sido afectada y como usted ve su mundo
- Fotografias digitales pueden ser mandadas electronicamente a su doctor, haciendo que el diagnosis, si es el caso, tratamiento sea mas rapido

Estos exámenes generalmente no son cubiertos por las compañías de aseguranzas. Sin embargo, si algun diagnostico ha sido hecho, estos exámenes pueden ser dados a la aseguranza del paciente (BCBS, Aetna, Cigna, etc.) mas las compañías de aseguranza no garantizan algun reembolso. En tales casos, el paciente es responsable por el pago.

***PRECIO ESPECIAL POR AMBAS EXAMINACIONES: \$70.00***

**Deseo tener la evaluacion de salud retinal hoy:**

**SI**

**NO**

---

FIRMA

---

NOMBRE DE PACIENTE

---

FECHA