

# Bienvenidos

## REGLAS Y PRIVACIDADES DE CHILDREN & FAMILY EYECARE

### Formas de Pagos

#### NO ASEGURANSA/ SEGURO

Ningún problema. Children & Family Eyecare les ofrese una oferta de descuento para un Exam Visual/Medico. Aceptamos dinero efectivo, las tarjetas de crédito, y los cheques.

#### PLANS DE VISION

Algunos planes de la visión no proporcionarán con una tarjeta de aseguransa. Los planes de la visión permiten generalmente algún tipo de beneficio hacia gafas o lentes de contactos. Ejemplo: VSP, EYEMED, AVESIS, SUPERIOR VISION, etc.

**TARJETAS de SEGURO MEDICO NO CUBRE ESTOS BENEFICIOS.**

Ejemplo: AETNA, HEALTH CHOICE, BCBS, GREAT WEST, MEDICARE, etc.

**MEDICAID (SOONERCARE) PERMITE GAFAS SOLAMENTE ASTA LA EDAD DE 20 ANOS. NO PERMITE LENTES DE CONTACTS.**

#### ASEGURANSAS MEDICA'S

Refracciones (verificando visión) y la porción de lentes de contcatos en el examen no es cubierta por planes medicos. Mantenemos este infromation porque realizamos eyecare medico. También para visitas con infecciones, quitando objetos de ojos, ojos secos, las enfermedades de ojo, etc. Mandaremos a su aseguransa en su beneficio del examen, pero esto no le garantiza que su aseguransa pague por su examen, el pago y algun balancio serán pagados por usted. Si su deducible no ha sido pagado por el año, usted será responsable de los servicios rendidos.

**Contéstartemos cualquier pregunta con respecto a su beneficios y exámenes. Gracias!**

**\*\*POR FAVOR FIRMA AQUI- INTIMIDAD PRACTICA\*\***

RECONOZCO QUE HE LEIDO O e TENIDO la OPORTUNIDAD de LEER LAS REGLAS Y INTIMIDAD PRACTICAS. (Disponible con Recepcion)

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

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

Firma del Paciente o Guardián \_\_\_\_\_

# Bienvenidos

Gracias por escoger nuestra oficina para su eye care necesaria. Si usted tiene preguntas estamos aqui para asistirlo/a.

**Verifique por favor nueva información con Recepción. Gracias**

Informaciones de Pacientes es mantenida Confidencial

El nombre: \_\_\_\_\_ Género: M F Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

El Médico primario/Pediatra: \_\_\_\_\_

## Información de Aseguransa Medica

El Número de ID/Soonercare identificación \_\_\_\_\_

Historia de salud Indique por favor si paciente o familia (parientes de sangre sólo) tiene cualquiera de lo Siguiente:

Condición	Paciente	Familia	Condición	Paciente	Familia
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Macular Deg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alta Precion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ceguera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirugía de ojo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ojo perezoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ojo girado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra Condición de Salud:					

Indique por favor de cualquiera de las condiciones siguientes que aplica al paciente:

Embarazada     Alergias     Dolores de cabeza     Algun otro \_\_\_\_\_

Liste por favor medicamentos: \_\_\_\_\_  ninguno

Liste por favor todas las medicinas alérgicas: \_\_\_\_\_  ninguno

**Su Salud del Ojo y la Visión son importantes a nosotros:**

Approx. Ultimo Examen de Ojo?     6 meses     1 ano     2 anos     1<sup>st</sup> Examen

La planificación para renovar  Contactos or  Lentes?     Si     No     Inseguro/a

## Información de pago

Autorizo a Children & Family EyeCare para facturar mi seguro para algún servicio o productos aplicables, y yo comprendo que pagos para servicios sin aseguransa son debidos el mismo dia que servicios son rendidos.

Firma \_\_\_\_\_