

Optic Gallery

Nombre de Paciente _____ Fecha _____

Dilatación de los Ojos

Con este procedimiento, el médico pondrá gotas para los ojos para obtener una mejor vista de la parte posterior de sus ojos. La dilatación se recomienda anualmente para evaluar la salud de los ojos y está cubierto por todos los seguros. Las gotas dilatadoras pueden durar 3-4 horas. Durante este tiempo puede que le resulte difícil enfocar de cerca y con menos frecuencia a la distancia. Va estar sensible a la luz y se le daran gafas de sol para usar despues de la dilatación. Le recomendamos precaución al conducir o manejar maquinaria o equipo después de la dilatación. Si usted siente que no sería capaz de conducir o volver al trabajo, podemos reprogramar la parte de la dilatación de su examen. La dilatación no se recomienda si está embarazada y/ o lactando. Al firmar en esta sección significa que usted ha sido informado de los riesgos y beneficios de la dilatación.

Por favor seleccione una de las siguientes opciones , lo que indica su elección para la dilatación:

- Deseo mis ojos sean dilatados hoy.
- No quiero que mis ojos sean dilatados hoy y asumo la responsabilidad de tener un examen ocular sin dilatación.
- Deseo tener la dilatación programada para otro día y llamare a la oficina para programar una cita.

***Firma (Paciente o persona a cargo)** _____ **Fecha** _____

Póliza Financiera

Bienvenido a Optic Gallery. A continuacion se describe la politica financiera del paciente.

Se requiere el pago por los servicios prestados por Optic Gallery en el momento de los servicios menos que se hayan hecho arreglos previos. Co-pagos, co-seguros, deducibles, y/o servicios no cubiertos deben ser pagados al momento del servicio sin excepciones. Si tenemos contrato con su compañía de seguro, vamos a facturar a su póliza de seguro como una cortesía a usted. Ultimamente es responsabilidad como paciente en conocer su cobertura de seguro. Animamos a todos los pacientes para conocer sus beneficios medicos, si necesita más aclaraciones póngase en contacto con su compañía de seguros directamente. Aunque Optic Gallery contacta a su compañía de seguros para los beneficios, tenga en cuenta que los beneficios citados , no es una garantía de pago y/ o beneficios. Co-seguro y información admisible indicada es una estimación y pago adicional puede ser necesaria después de que su reclamo ha sido pagado. El pago exacto no se determina hasta que su pago es procesado por su compañía de seguros.

Aviso de Reconocimiento de las Prácticas de Privacidad

En el curso de la prestación de servicios, le creamos, recibimos y almacenamos la información de salud que le identifica a usted. A menudo es necesario usar y divulgar esta información médica a fin de tratarle, para obtener pago por estos servicios y para llevar a cabo operaciones de atención médica que involucra nuestras oficinas. La notificacion de Practicas de Privacidad que se le administraron describe estos usos y revelaciones en detalle.

Su firma en esta seccion indica que usted entiende y está de acuerdo con esta poliza financiera y entiende que es responsable de los cargos no cubiertos por su seguro. También está reconociendo que usted ha leído y ha recibido una copia de la notificación de *Prácticas de Privacidad* de esta practica.

Laminado previsto detrás de esta hoja y copias de papel para llevar a casa disponible en la recepción para su conveniencia

***Firma (Paciente o persona a cargo)** _____ **Fecha** _____