



VERIFICACIÓN DE SEGURO

Yo, _____, autorizo a la Optometría Familiar de Ossining, PLLC, a facturar a mi compañía de seguros de salud o visión por el pago de mi visita. Entiendo que puede haber un co-pago asociado con mi visita y que el pago se vence el mismo día en que se ofrecen los servicios. Reconozco que es mi responsabilidad verificar mi elegibilidad de seguro antes de que se ofrezcan los servicios. En el caso de que mi seguro no cubra algunos o todos los procedimientos que se realizaron durante mi visita, acepto pagar a la Optometría Familiar de Ossining, PLLC, cualquier saldo que pueda resultar. Reconozco que la información anterior es correcta y que ofrecí a la Optometría Familiar de Ossining, PLLC, toda la información necesaria para procesar mi reclamo de seguro.

Compañía de Seguros: _____

Nombre del Primario Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Número de identificación del miembro: _____

INFORMACIÓN DE LENTES DE CONTACTO

[] **SÍ**, estoy interesado en ser equipado para lentes de contacto [] **NO**, no quiero lentes de contacto

Marca: _____

Ojo Derecho: _____ Ojo Izquierdo: _____

Entiendo que un cargo evaluación de lentes de contacto se aplica a la factura para la verificación y la producción de una receta de lentes de contacto actualizada. Sin esta evaluación de lentes de contacto, no recibiré una nueva receta y no puedo comprar lentes de contacto a través de esta práctica.

Exención del Examen Ocular Dilatado

Nos complace ofrecer a nuestros pacientes imágenes ópticas ultra grandes de retina Optomap. Optomap es lo último en tecnología para el cuidado de los ojos y es el método recomendado para la detección de la retina.

Los beneficios del sistema Optomap son:

- ✓ La mayoría de los pacientes pueden evitar que sus pupilas se dilaten con gotas
- ✓ La prueba es rápida, fácil y cómoda
- ✓ Seguro para mujeres embarazadas o dando de lactar
- ✓ Ofrece una vista más completa de la retina que nunca (parte posterior del ojo)
- ✓ Asegura un registro digital permanente de su retina
- ✓ Permite controlar mejor su salud visual anualmente
- ✓ Asegura nuestro compromiso de ofrecer el más alto nivel de cuidado disponible a todos nuestros pacientes

Elijo que hoy se realice la prueba de imagen retina digital ultra-ancha Optomap. Entiendo que hay un cargo adicional de \$30 para esta tecnología avanzada que no está cubierto por mi seguro.

Me niego a realizar la prueba de imagen digital ultra ancha de Optomap hoy, y entiendo que mis ojos se dilatarán hoy para evaluar mi salud retinal. Entiendo que experimentaré 2-4 horas de visión borrosa y sensibilidad a la luz con este procedimiento.

NO QUIERO SER DILATADO. Entiendo que rechazar este procedimiento y no permitir que el médico examine mi salud ocular puede ponerme en riesgo de pérdida permanente de la visión.

Firma: _____

Fecha: _____