

# BIENVENIDOS A NEW VISION CENTER

2930 S First St. Suite 700 Garland, TX 75041

## Informacion del Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: M / F  
Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
# de Telefono: \_\_\_\_\_ Correo Electronico: \_\_\_\_\_  
Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_ Idioma Preferido: \_\_\_\_\_

## Farmacia(Elige Uno)

CVS \_\_\_\_ Walgreens \_\_\_\_ Walmart \_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_ Calles: \_\_\_\_\_

## Informacion del Seguro

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_  
Relacion con el Paciente: \_\_\_\_\_ # S.S.: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Autorización del seguro:** Por la presente autorizo a los médicos indicados para proporcionar información a los portadores de seguro concerniente a los problemas de mis ojos y/o tratamientos y por este medio asigno irrevocablemente a los médicos todos los pagos por servicios prestados a mí mismo o a mis dependientes. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos si no está cubierto por mi seguro. Se considerará que una fotocopia de esta autorización es efectiva y válida como original. **Iniciales:** \_\_\_\_\_

## Sus razones para visitar nuestra oficina hoy (Elija todo lo que aplica)

Examen de Rutina \_\_\_\_ Examen Medico \_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Usas lentes de contacto? \_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

Tiene alguna condicion Medica o Ocular? \_\_\_\_\_

Medicamentos tomando actualmente? \_\_\_\_\_

Alergico a algun medicamento? \_\_\_\_\_

Fumador? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No Embarazada? \_\_\_\_\_

## Exámenes Adicionales(Opcional)

Dilatacion-\$20 \_\_\_\_\_ Campo Visual- \$20 \_\_\_\_\_ Topografo- \$25 \_\_\_\_\_

Entiendo que soy legalmente responsable de los pagos de todos los cargos; no se pueden combinar ajustes de precio ni promociones durante el uso de mi seguro. Los copagos o artículos no cubiertos deben pagarse en el momento en que se prestan los servicios. Si las gafas no se recogen después de 6 meses, se donarán. No hay reembolsos disponibles una vez que los materiales fueron cortados y fabricados. Lentes de contacto tendrá un cargo de reposición del 25%. No somos responsables de ninguna rotura o daño del marco, al usar su propio marco. He leído lo anterior, y soy el paciente, padre o tutor, y autorizo este acuerdo y acepto sus términos.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_