

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Casa # \_\_\_\_\_ Cell # \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Forma de contacto preferida (solo para fines de recuperación/confirmación) Texto \_\_\_ Correo electrónico \_\_\_

¿Tiene alguno de los siguientes seguros de visión?

VSP \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ Spectera \_\_\_\_\_ DavisVision \_\_\_\_\_ Superior Vision \_\_\_\_\_ None \_\_\_\_\_

1. ¿Cuándo fue su último examen de la vista? \_\_\_\_\_

¿Fecha de la última dilatación/examen de retina? \_\_\_\_\_

2. ¿Tienes alguna de las siguientes condiciones?

Diabetes \_\_\_\_\_ Alta presión \_\_\_\_\_ Colesterol alto \_\_\_\_\_ Enfermedad de tiroides \_\_\_\_\_

Artritis \_\_\_\_\_ Por favor listar otra condiciones medico: \_\_\_\_\_

3. ¿Actualmente estás tomando algún medicamento? Sí No

En caso que si, indique \_\_\_\_\_

4. ¿Tienes alguna alergia a medicamentos? Sí No

En caso que si, indique \_\_\_\_\_

5. ¿Tiene antecedentes familiares de alguno de los siguientes?

Glaucoma \_\_\_\_\_ Degeneración macular \_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_

6. ¿Historia de enfermedades oculares, cirugías o lesiones oculares? Sí No

En caso que si, indique \_\_\_\_\_

7. Mujer: ¿Estás actualmente embarazada? Sí No

8. ¿Usas tus lentes? Tiempo completo Tiempo parcial Solo lectura

9. ¿Usas lentes de contacto? Sí No

Si marco si, ¿qué marca y con qué frecuencia los cambias? \_\_\_\_\_

10. ¿Estás interesado en lentes de contacto hoy? Si No

11. ¿Está interesado en una posible cirugía refractiva (es decir, LASIK)? Si No

12. ¿Aproximadamente cuántas horas pasas en una computadora / teléfono por día? \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

### Política de Oficina

Si se determina que necesita tratamiento MÉDICO antes de un examen de rutina, se aplicará un cargo por visita al consultorio en lugar del examen de rutina. Se puede reprogramar un examen de rutina después de la resolución de la afección. Todos los exámenes incluyen visitas de seguimiento gratuitas durante los primeros tres meses a partir de la fecha del examen original.

---

## Opciones Completas de Examen

Se recomienda un control de salud cada 1-2 años dependiendo de la edad / condiciones médicas

Se agregan \$25 adicionales a la tarifa de examen básico para cualquiera de las opciones

Los precios totales se enumeran a continuación

### **Dilatación tradicional:**

- Utiliza gotas para los ojos para una vista detallada
- Toma aproximadamente +30 minutos
- Efectos secundarios: visión borrosa y sensibilidad a la luz durante 4-6 horas

### **Imágenes de Optomap:**

- No se necesitan gotas para los ojos
- Toma +1-2 minutos
- Sin efectos secundarios
- Puede almacenar imágenes para futuras comparaciones

Nuestra oficina también ofrece pruebas de OCT macular para evaluar y controlar aún más las enfermedades de la retina; esta prueba solo se realiza si es médicamente necesario (+ \$ 10).

---

## Exámenes oculares

Compruebe el servicio que le brindaremos hoy.

### **1. Lentes**

- \_\_\_\_\_ \$64    **Examen básico:** Chequeo de la vista
- \_\_\_\_\_ \$89    **Examen ocular completo:** Chequeo de la vista y la salud
- \_\_\_\_\_ Imágenes de Optomap
- \_\_\_\_\_ Dilatación tradicional

### **2. Lentes y lentes de contacto** (Lentes regulares/especiales)

- \_\_\_\_\_ \$99/\$124    **Examen básico de lentes de contacto:** Chequeo de la vista
- \_\_\_\_\_ \$124/149    **Examen integral de lentes de contacto:** Chequeo de la vista y la salud
- \_\_\_\_\_ Imágenes de Optomap
- \_\_\_\_\_ Dilatación tradicional

### **3. Visita de Oficina** (Ejemplos: dolor ocular, sangrado, pérdida de la visión, etc.)

- \_\_\_\_\_ \$60-120    **Examen médico de la vista**
- Precio determinado por la complejidad. Se incluyen seguimientos tratada.
- 

**Uso del personal:**    Glasses    Spherical CL    Specialty CL    Optomap    Dilation    Follow-up: