

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

¿Tiene alguno de los siguientes seguros de visión?

VSP \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ Spectera \_\_\_\_\_ DavisVision \_\_\_\_\_ Visión Superior \_\_\_\_\_ Ninguno \_\_\_\_\_

**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**

\_\_\_\_\_ \$74 **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)**

\_\_\_\_\_ \$109/\$124 **Examen básico de lentes de contacto:** Chequeo de la vista

\_\_\_\_\_ \$134/149 **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.

---

**Renueve solo si ha cambiado desde su última visita**

Correo electrónico

\_\_\_\_\_ Número de teléfono#: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**\*\*Uso del personal - RP/Patient ID# \_\_\_\_\_**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

¿Tiene alguno de los siguientes seguros de visión?

VSP \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ Spectera \_\_\_\_\_ DavisVision \_\_\_\_\_ Visión Superior \_\_\_\_\_ Ninguno \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_