



Bienvenidos a Gateway Eye Center



5502 Broadway Blvd. Garland TX 75043

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:** _____