



LLENE TODAS LAS ÁREAS QUE APLICAN A SU VISITA

Completa si desea una Evaluación de Lentes de Contacto

1) Entiendo que muchos pacientes sólo necesitarán una sesión de ajuste, mientras que otros pueden requerir sesiones adicionales. 2) Entiendo que la evaluación de contacto es anual, con una tarifa anual, aparte del examen de la vista de rutina. Soy consciente de que este servicio puede o no estar cubierto por mi seguro. 3) El monto de esta tarifa está determinado por la complejidad del tipo de lente y el conocimiento especializado necesario para adaptar las lentes. 4) También entiendo que, si no regreso para mis visitas de seguimiento de lentes de contacto, dentro de los 30 días, no recibiré una receta válida de lentes de contacto y también estaré sujeto a una tarifa de reposición de \$30. 5) Si deseo cambiar el tipo/marca de lentes después de la finalización de la prescripción, también estaré sujeto a una tarifa de \$30. 6) Para los usuarios de lentes de contacto por primera vez, se agregará una tarifa de \$ 30 por una clase de inserción y extracción que se requiere y no está cubierta por ningún seguro.

Devoluciones de pedidos de lentes de contacto: Todas y cada una de las cajas abiertas de lentes de contacto no se pueden devolver, cambiar ni reembolsar. Todas las lentillas de colores (cajas abiertas o sin abrir) no se pueden devolver, cambiar ni reembolsar. Todas las devoluciones/cambios/compras canceladas estarán sujetas a una tarifa de reposición del 25 % y debe ocurrir 60 días a partir de la fecha de compra.

Recibí mi receta de lentes de contacto: _____

Nombre del Paciente

Firma del Paciente o Guardián

Complete si desea un EXAMEN INTEGRAL DE LA VISTA

1) Entiendo que si tengo algún problema con la receta de mis anteojos, tengo hasta 60 días para regresar para una nueva revisión sin cargo. 2) Entiendo que si han pasado más de 60 días (hasta 120 días) desde la fecha del examen inicial, estaré sujeto a una tarifa de revisión de anteojos de \$30. 3) Entiendo que si han pasado más de 120 días, tendré que realizarme un NUEVO examen completo de la vista a precio completo o usar mi seguro de la vista, si corresponde. 4) Si regresa para una prescripción/evaluación de lentes de contacto, debe hacerlo dentro de los 30 días posteriores al examen completo inicial para evitar una tarifa de \$30.

He recibido mi receta de anteojos: _____

Nombre del Paciente

Firma del Paciente o Guardián

Complete si desea una VISITA AL CONSULTORIO MÉDICO

1) Entiendo que una visita al consultorio es un examen médico y NO un examen completo de la vista, por lo tanto, no recibiré una receta para anteojos o lentes de contacto. 2) Entiendo que mi seguro de la vista no puede ser facturado por un examen médico. 3) La visita inicial oscila entre \$90 y \$115, cualquier seguimiento necesario tendrá un costo adicional de \$30 por visita de seguimiento al consultorio.

Nombre del Paciente

Firma del Paciente o Guardián