



### EVALUACIÓN DE SALUD OCULAR INTERNA

El examen de hoy evaluará la salud interna de los ojos. Esta importante valoración es fundamental para la detección precoz de problemas oculares como la ENFERMEDAD OCULAR DIABÉTICA, DEGENERACIÓN MACULAR, GLAUCOMA o ÁREAS PRECANCEROSAS. Todos los exámenes completos requieren una evaluación interna de la salud como parte de la evaluación.

**DILATACIÓN DE LAS PUPILAS** - un procedimiento donde se utilizan gotas para los ojos para agrandar las pupilas y ver la salud interna. Esto permite una revisión minuciosa y resultará en una reducción temporal de la visión. La visión para conducir y especialmente para leer puede volverse borrosa y los ojos estarán sensibles a la luz durante aproximadamente 3 a 4 horas. La dilatación es mejor si hay sospecha de enfermedad ocular, o para nuevos pacientes. Esto se puede reprogramar si es necesario. Las gafas de sol desechables están disponibles bajo petición.

**No hay tarifa adicional para esta prueba.**

**WELLNESS SCAN:** una tecnología de imágenes digitales que utiliza ondas de luz reflejadas para obtener información sobre la parte posterior de los ojos. Este procedimiento captura rápidamente un escaneo de alta resolución, así como una fotografía detallada de cada ojo, generalmente sin necesidad de dilatación. El Wellness Scan es una forma cómoda de tener un registro digital de la parte posterior de los ojos. Ciertos pacientes con pupilas pequeñas o enfermedades oculares aún pueden necesitar dilatación y/o fotografías.

**Hay una tarifa adicional de \$45 por esta prueba, que puede estar cubierta por los beneficios de la vista de rutina.**

**Por favor marque (✓) uno:**

- YO QUIERO DILATAR MIS PUPILAS en este momento, y comprendo que mi visión puede verse afectada.
- ME ESTOY TOMANDO FOTOGRAFÍAS DIGITALES pero entiendo que la dilatación puede ser necesaria si se encuentra una enfermedad ocular
- YO HARE UNA CITA para la dilatación en una fecha futura
- YO NO QUIERO DILATARME las pupilas hoy porque \_\_\_\_\_ Comprendo que estoy liberando esta oficina de cualquier acción legal o responsabilidad por no hacer este examen.

### POLÍTICA DE PRIVACIDAD, FACTURACIÓN Y COVID-19: escriba sus iniciales

- \_\_\_\_\_ Por este medio reconozco que he recibido o tenido la oportunidad de revisar una copia de las Prácticas de Privacidad del Dr. Michael R. Obregón, OD PA, que hace negocios como 'Envision Optique'.
- \_\_\_\_\_ Por este medio autorizo a esta oficina a dar cualquier información necesaria y relevante a mi seguro, para el reclamo del mismo. Yo entiendo que soy responsable de todos los cargos no cubiertos por mi seguro de visión o seguro médico.
- \_\_\_\_\_ Entiendo que todas las citas hechas por mí constituyen tiempo reservado para mí, y que cualquier cambio requiere una antelación mínima de 24 horas. Citas perdidas están sujetas a un cargo de \$50.
- \_\_\_\_\_ No he estado en contacto ni expuesto de otro modo a personas con COVID-19 según mi saber y entender. Entiendo que si estoy enfermo, tengo tos o fiebre, mi cita será reprogramada para otro día

He leído este documento y he tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta que pudiera tener sobre su contenido. Mi firma a continuación indica una comprensión total y reconocimiento de las opciones y políticas descritas anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/padre

\_\_\_\_\_  
Fecha