

Dr. Hernandez Optometry

15330 Amar Road Suite A
La Puente CA 91744
(626) 961-0432
Fax (626) 333-7741

1235 Buena Vista
Duarte CA 91010
(626) 359-8145
Fax (626) 359-4116

Formulario De Consentimiento Para Imágenes De La Retina

Las imágenes de la retina es un procedimiento simple y sin dolor que le permite a los doctores examinar la salud de sus ojos con más profundidad. Los Doctores Hernández y Fragoso-Corona recomiendan el procedimiento de estas imágenes para que cada año puedan comparar cambios en la retina. Esto es especialmente importante para pacientes con Diabetes, Alta Presión, Colesterol Alto, y Glaucoma. Las imágenes serán vistas por usted y el Doctor durante su examen anual y se guardaran en su archivo.

Su seguro medico actualmente no cubre esta prueba de la retina. El costo de esta prueba informativa es de \$15.00. Se le recomienda aprovechar los beneficios que ofrecen estas imágenes para tener el mejor cuidado de sus ojos y de su salud. **Favor de indicar su preferencia en la caja apropiada:**

- Sí, por favor, realice la proyección de Imagen Retinal Digital. Soy consciente de que soy responsable por el costo de este procedimiento.
- No, no deseo la proyección de Imagen Retinal Digital en este momento.

Firma De Paciente/ Tutor

Fecha

Dr. Hernandez Optometry

15330 Amar Road Suite A
La Puente CA 91744
(626) 961-0432
Fax (626) 333-7741

1235 Buena Vista
Duarte CA 91010
(626) 359-8145
Fax (626) 359-4116

Responsabilidad Financiera del Paciente

Yo, _____, autorizo a Dr. Hernandez Optometry para mandar el cobro a mi seguro por los servicios recibidos en la fecha indicada. También autorizo mis beneficios y solicito que todos los pagos de mi seguro se hagan directamente a Dr. Hernandez Optometry. Estoy de acuerdo en asumir la responsabilidad por el pago total pendiente o por el saldo restante que no está cubierto por mi plan de seguro.

Certifico que la información que he dado con respecto a mi cobertura es correcta. Asi mismo, autorizo a Dr. Hernandez Optometry y a sus agentes que puede proveer cualquier información relacionada con este o cualquier reclamo relacionado.

Firma Del Paciente/Tutor

Fecha