

NAME/Nombre y apellido

DATE/fecha de cumpleaños

ADDRESS/DIRECCIÓN

SSN (Last 4)

Sexo

PHONE MOBILE/Teléfono

EMAIL/Dirección de correo electrónico

PCP DR/ Dr PRIMARIO

Last Eye Exam Date/ Último examen ocular

HOME PH/ Teléfono de casa

Emp status/Estado de Empleo

Employer/Empleador

Emp.Phone

Occupation/Ocupación

Eye-Health check all that apply/ Paciente de salud ocular (marque todas las que apliquen)

- | | |
|---|---|
| ☐ Blurry Vision distance/ Visión borrosa a la distancia | ☐ Foreign Body Sensation/ Sensación de cuerpo extraño |
| ☐ Blurry Vision Near/ Visión borrosa en cerca | ☐ Glare/Light Sensitivity/ Resplandor/Sensibilidad a la luz |
| ☐ Burning eyes/ Ojos irritados | ☐ Headaches/Dolores de cabeza |
| ☐ Double Vision/ Visión doble | ☐ Itching/Picor |
| ☐ Distorted Vision/Visión distorsionada | ☐ Infection of EYE/ Infección del OJO |
| ☐ Drooping Eyelid/Párpados caídos | ☐ Tearing/Watery Eyes/Ojos Llorosos |
| ☐ Dry Eyes/Ojos secos | ☐ Cataracts |
| ☐ Floaters Spot/Flotantes/ lugar | ☐ Diabetic eye disease/Enfermedad Ocular Diabética |
| ☐ Fluctuation Vision/ Visión de fluctuación | ☐ Eye Injury/Herida De Ojo |
| ☐ Eye Surgery/ Cirugía Ocular | ☐ Glaucoma |
| ☐ Macular Degeneration/ Degeneración Macular | ☐ Lazy Eye/Ojo Vago |

General Health/check all that apply/ Salud General/marque todo lo que corresponda

- | | |
|--|--|
| ☐ Allergies/Alergias | ☐ Cholesterol/colesterol alto |
| ☐ Asthma/Respiratory/Asma/ Respiratorio | ☐ Hematológico/Hematológico |
| ☐ Cáncer | ☐ Kidney disease /Enfermedad del riñon |
| ☐ Diabetes | ☐ Migraines/Migrañas |
| ☐ Gastrointestinal Problem | ☐ Psychiatric/Psiquiátrico |
| ☐ Heart Disease/Enfermedad del corazón | ☐ Rheumatoid/Artritis Reumatoide |
| ☐ High Blood Pressure/Alta presion sanguínea | ☐ Thyroid/Enfermedad Endocrina |
| ☐ Depression/ Depresión | |
| ☐ Other/Otro _____ | |

Family History/ Historia familiar

- | | |
|--|---|
| ☐ Diabetes | ☐ Color blindness/ daltonismo |
| ☐ Arthritis/Artritis | ☐ Cataract/Catarata(s) |
| ☐ Heart Disease/Ataque al corazón | ☐ Amblyopia (ojo perezoso) |
| ☐ Cáncer | ☐ Macular Degeneration/degeneración macular |
| ☐ Thyroid disease/enfermedad de tiroides | ☐ Eye turn/Vuelta del ojo |
| ☐ High Cholesterol/Colesterol alto | ☐ Blindness/Ceguera |
| ☐ High Blood Pressure/Alta presion sanguínea | ☐ Glaucoma |
| ☐ Stroke/Ataque | ☐ Retinal Detachment/ Desprendimiento de retina |

Please answer the following questions/ Por favor responde las siguientes preguntas

Are you pregnant or breastfeeding? Yes or No ¿Está embarazada o amamantando? ☐ Si ☐ No

Do you wear glasses?/ Yes or No ¿Usas lentes? ☐ Si ☐ No

Do you wear contacts? Yes or NO ¿Contacto? ☐ Si ☐ No

Do you experience blur, headaches or eye strain with computer use? YES or NO
¿Experimenta el desenfoque, dolores de cabeza o fatiga ocular con el uso de la computadora? ☐ Si ☐ No

Please answer all questions/Por favor responde todas las preguntas

If the answer is NONE, please state NONE/ Si la respuesta es ninguna, por favor indíquelo

Please list all your medications/Lista de todos medicamentos

Allergies/Alergicas: No Known Allergies/ No se conocen Alergicas

List/Lista: _____

Have you ever smoked/ Alguna vez has fumado? YES NO

Years/Años _____ When did you Quit/Cuando lo dejaste? _____

Do you drink/Tu bebes? No Socially/socialmente _____

Height/Altura _____ Weight/Peso _____

Diabetic/Diabético? Yes/Si No No

For how many years have you had diabetes? Por cuantos años? _____

What was your blood sugar today/Cual fue tu azúcar hoy? _____

What was your lowest and highest blood sugar within the past 2 weeks? _____

Cual fue tu azúcar mas bajo y mas alto en las ultimas 2 semanas? _____

What was your A1C/ cual fue tu glucosa? _____ and when/cuando? _____ Do you have HIV/Tienes VIH? Yes/si
NO CD4 Count/CD4 contar _____

DILATION: In order to fully examine your eye health, it is necessary to use eye drops to dilate your pupils. This allows for the best direct view of the retina-inside lining of the eye. Early signs of high blood pressure, diabetes, cataract, glaucoma, macular degeneration and torn retina can be detected from this procedure. The temporary side effects include blurry vision and light sensitivity lasting about several hours. Dilation is not necessary to get a glasses/contact lens prescription.

Do you authorize the doctor to dilate your eyes today? YES _____ NO _____
(If no, you may return to do so within 30 days, at no extra charge, if you make an appointment.)

Your eye doctor cannot tell you how blurry your vision will be and for how long. This depends on the type of dilation eye drops used and how your eyes react to it. It may not be safe to drive yourself after your eyes have been dilated. You must arrange for someone to drive you after your appointment.

Prescription changes at (No Charge) within 30 days from date of purchase. Any issue not able to see please come in within the 30 days from your date of purchase or Exam.

5. Signature: By signing below, I confirm that I have read and understood this financial responsibility form and agree to comply with its terms.

Si tiene un plan separado que cubre exámenes oculares y/o anteojos de rutina o anuales, infórmenos. Su plan de visión puede ayudarlo con sus necesidades de atención oftalmológica que no están cubiertas por su plan médico. Facturaremos su plan de visión como se indica arriba.

Requerimos el pago antes de recibir el producto.

Prometo no procesar un cargo de devolución en la tarjeta de crédito por cargos por no presentarse.

Requerimos un depósito del 50% cobrado antes de la entrega de su compra óptica.

POLÍTICA DE DEVOLUCIÓN / CAMBIO

Los pedidos de lentes para anteojos son altamente personalizados y no se pueden cancelar una vez que se hayan realizado en el laboratorio.

NO se permiten reembolsos:

No hay reembolso por lentes de contacto de caja abierta.

Debido al tiempo que implica y la naturaleza personalizada de las gafas, todas las ventas son definitivas. No podemos ofrecer reembolsos o cambios.

Con mucho gusto cambiaremos el estilo dentro de los 30 días a partir de la fecha de compra debido a alergias.

La receta cambia en (Sin cargo) dentro de los 30 días posteriores a la fecha de compra. Cualquier problema que no pueda solucionarse debe presentarse dentro de los 30 días posteriores a la fecha de compra o examen.

5. **Firma: ** Al firmar a continuación, confirmo que he leído y comprendido este formulario de responsabilidad financiera y acepto cumplir con sus términos.

Patient Signature: _____ Date: _____

Primary care doctor/Doctor de atención primaria	Primary Phone/ Teléfono
If we have something important to tell you or we can't contact you otherwise, would you like a text message sent to you cellular phone? NO ____ Yes ____	
Si tenemos algo importante que decirle o no podemos comunicarnos con usted de otra manera, ¿le gustaría que le enviemos un mensaje de texto a su teléfono celular? NO ____ Sí ____	
I have answered the above questions to the best of my knowledge. I understand that I'm responsible for payment at the time of service. He respondido las preguntas acerca de lo mejor que sé. Entiendo que soy responsable del pago al momento del servicio.	
Signed _____	Date _____

HIPAA PRIVACY : By signing this acknowledgement of Receipt of Notice of Privacy Practices (the "Notice"); I acknowledge and agree that I have received a copy of the Notice of Privacy Practices for review and to keep for my records on the date identified below. I understand that EyeDeal Optical and Florida Optical may use and disclose necessary personal health information (for example, my name, address, subscriber identification number, eye Exam information and/or type of products provided) to another party to permit EyeDeal Optical to perform its administrative duties, provide me with eye care services and products, process my vision benefits claims and communicate with me regarding vision care services provided by EyeDeal Optical and Florida Optical (for example, mailings of exam reminders or information about services/products provided by the EyeDeal Optical and Florida Optical. I can be assured that EyeDeal Optical and Florida Optical do not sell my personal health information of any kind to a third party for such party's own use. I authorize EyeDeal Optical to submit by vision benefits claims to my plan sponsor or health plan to receive reimbursement directly for the vision services and products that I have received from EyeDeal Optical and Florida Optical.

Al firmar este acuse de recibo de Aviso de prácticas de privacidad (el "Aviso"); Reconozco y acepto que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad para revisarla y conservarla en mis registros en la fecha identificada a continuación. Entiendo que EyeDeal Optical/Florida Optical puede usar y divulgar información de salud personal necesaria (por ejemplo, mi nombre, dirección, número de identificación de suscriptor, información del examen de la vista y/o tipo de productos proporcionados) a otra parte para permitir que EyeDeal Optical/Florida Optical realice sus tareas administrativas, brindarme servicios y productos para el cuidado de la vista, procesar mis reclamos de beneficios de la vista y comunicarse conmigo con respecto a los servicios de cuidado de la vista proporcionados por EyeDeal Optical/Florida Optical (por ejemplo, envíos por correo de recordatorios de exámenes o información sobre servicios/productos proporcionados por EyeDeal Optical. Puedo estar seguro eso EyeDeal Optical/Florida Optical no vende mi información de salud personal de ningún tipo a un tercero para el uso propio de dicho tercero. Autorizo a EyeDeal Optical a presentar reclamaciones de beneficios de la vista al patrocinador de mi plan o plan de salud para recibir un reembolso directamente por los servicios y productos de la vista que. He recibido de EyeDeal Optical/Florida Optical.

Patient/Legal guardian Signature:

Date:

Appointment No-Show and Cancellation Policy

Policy Statement: This policy is established to ensure that all patients are aware of the fees associated with no-show appointments and cancellations made on the same day of the appointment.

No-Show Fee: A "no-show" occurs when a patient fails to attend a scheduled appointment without prior notice. In such cases, a fee of \$25.00 will be charged to the patient's account and or last card used on file.

Cancellation Policy: If you need to cancel your appointment, we kindly ask that you provide notice at least 24 hours in advance. Cancellations made on the same day as the appointment will incur a cancellation fee of \$25.00.

Emergency Rescheduling: We understand that emergencies can arise unexpectedly. If you experience an emergency that prevents you from attending your scheduled appointment, please contact our office as soon as possible. We will be happy to assist you in rescheduling your appointment without incurring a cancellation fee.

Acknowledgment: By signing below, you acknowledge that you have read and understood the No-Show and Cancellation Policy. You agree to the fees associated with no-show appointments and same-day cancellations.

Declaración de política: Esta política se establece para garantizar que todos los pacientes estén al tanto de las tarifas asociadas con las citas que no se presentan y las cancelaciones realizadas el mismo día de la cita.

Cargo por no presentación: Una "no presentación" ocurre cuando un paciente no asiste a una cita programada sin previo aviso. En tales casos, se cobrará una tarifa de \$ 25.00 a la cuenta del paciente y/o a la última tarjeta utilizada en el archivo.

Política de cancelación: Si necesita cancelar su cita, le pedimos amablemente que nos avise con al menos 24 horas de anticipación. Las cancelaciones realizadas el mismo día de la cita incurrirán en una tarifa de cancelación de \$ 25.00.

Reprogramación de emergencias: Entendemos que las emergencias pueden surgir inesperadamente. Si experimenta una emergencia que le impide asistir a su cita programada, comuníquese con nuestra oficina lo antes posible. Estaremos encantados de ayudarlo a reprogramar su cita sin incurrir en un cargo por cancelación.

Reconocimiento: Al firmar a continuación, usted reconoce que ha leído y entendido la Política de No Presentación y Cancelación. Usted acepta las tarifas asociadas con las citas que no se presentan y la cancelación el mismo día.

Patient Signature: _____ Date: _____

Dilatación: Las gotas se utilizan para agrandar la pupila, permitiendo que el doctor vea una visión más completa de la retina. Sin gotas sólo se puede ver una porción limitada. La dilatación es necesaria para descartar completamente la presencia de cataratas, glaucoma, degeneración macular, presión arterial alta, diabetes, retina desgarrada y otras enfermedades de la retina. Las gotas causarán sensibilidad a la luz y visión ligeramente borrosa, especialmente de cerca, durante aproximadamente cuatro a cinco horas. La dilatación no es necesaria para obtener gafas / lentes de contacto prescripción

Inicial _____ Si quiero dilatación Inicial _____ No- entiendo lo anterior y no quiero dilatación

(Si no, puede volver a hacerlo dentro de 30 días, sin cargo adicional, si hace una cita.)

Su oftalmólogo no puede decirle qué tan borrosa será su visión y por cuánto tiempo. Eso depende del tipo de colirio dilatador utilizado y de cómo reaccionen sus ojos. Puede que no sea seguro conducir usted mismo después de que le hayan dilatado los ojos. Debe hacer arreglos para que alguien lo lleve después de su cita.

Retinal Image

The digital retinal imaging camera captures photos of the retinal (back of the eye). Images captured are important in the early detection of glaucoma, diabetic retinopathy, hypertensive retinopathy, macular degeneration, and other sight threatening diseases, these images assist the doctor in diagnosing and managing these conditions. They also serve as documentation that the doctor can use for future comparison (since photos never change). By having a photo, the doctor can see the year-to-year changes in the retina and optic nerve and can therefore observe the smallest changes that can occur. It is highly recommended that all patients have this procedure, especially if they have the following conditions:

La cámara digital de imágenes de retina captura fotos de la retina (parte posterior del ojo). Las imágenes capturadas son importantes en la detección precoz de glaucoma, retinopatía diabética, hipertensiva, degeneración macular y otras enfermedades que amenazan la vista, estas imágenes ayudan al médico a diagnosticar y manejar estas condiciones. También sirven como documentación que el médico puede utilizar para la comparación futura (ya que las fotos nunca cambian). Al tener una foto, el médico puede ver los cambios año a año en la retina y el nervio óptico y, por lo tanto, puede observar los cambios más pequeños que pueden ocurrir. Se recomienda altamente que todos los pacientes tengan este procedimiento especialmente si tienen las siguientes condiciones:

- | | |
|--|--|
| ● Diabetes | ● Diabetes |
| ● Glaucoma or family history of glaucoma | ● Glaucoma O antecedentes Familiares de glaucoma |
| ● High blood pressure | ● Alta Presion sanguinea |
| ● Headaches/migraines | ● Dolores De Cabeza/migrañas |
| ● Age 18 and older | ● Edad 18 y mayores |
| ● New Patient | ● Nuevo paciente |

There is an additional charge of \$20 for these images that most insurance do NOT cover. You are fully responsible for the charge. Hay un cargo adicional de \$20 por estas imágenes que la mayoría de los seguros NO cubren. Usted es totalmente responsable de la carga.

I would like to have photos taken _____

Me gustaría tener fotos tomadas _____

I DO NOT want to have photos taken _____

NO ME gustaría Tomar fotos _____

Signature: _____

Date: _____

I am interested in purchasing my eye wear (circle): In person

Somewhere else Online

(if so where)/ si es así, dónde) _____

Estoy interesado en comprar mis gafas (círculo): En persona En otro lugar

I am most interested in/ Estoy más interesado en:

☐ Budget Frames/ Marcos de presupuesto \$ (in house no name frames)

☐ Luxury Frames/ Marcos de lujo \$\$ (Tommy Hilfiger, Guess, Oakley, Guess, RayBan + more)

☐ Ultra Luxury/ Ultralujo \$\$\$ (Gucci, D&G, Tom Ford, Versace, Tiffany, + more)

I have a current budget of \$_____ for my eye wear today.

Tengo un presupuesto actual de \$_____ para mis anteojos hoy.

Written Financial Policy/ Política financiera escrita:

Thank you for choosing EyeDeal Optical and Florida Optical. Our primary mission is to deliver the best and most comprehensive care available. An important part of the mission is making the cost of optimal care as easy and manageable for our patients as possible by offering several payment options.

Payment Options you can choose from:

- Cash, Visa®, MasterCard®, American Express®, Discover Card®, Care Credit, Sunbit, Afterpay, Acima.
- CareCredit healthcare credit card, Sun bit and Afterpay and Acima is the preferred healthcare credit, providing special financing and payment options* for out-of-pocket medical expenses. Ask about how the payment plan can help you.

1. Understand of Charges: I understand that I am receiving optical services which may include, but are not limited to, eye examinations, vision tests, and the provision of eyewear. I acknowledge that there will be charges associated with these services rendered to me.

2. Responsibility for Payment: I agree to be fully responsible for all charges incurred for the services provided. I understand that it is my responsibility to verify my insurance coverage and to pay any portion of the costs not covered by my insurance.

3. No Chargebacks: I promise not to initiate a chargeback with my bank or credit card company for any services rendered by Florida Optical. I understand that by doing so, I would be disputing legitimate charges for services that I have received and accepted.

4. Payment Arrangements: I understand that if I am unable to pay the full amount due at the time of service, I must make prior arrangements with the billing department of Eyedeal Optical and Florida Optical.

It is customary to pay for professional services when rendered. However, if you have a medical problem then we will bill your insurance on your behalf. Refraction is a measurement of the lens power necessary to prescribe glasses or other corrective lenses. Most medical insurance plans, including Medicare, do not cover routine refractions or routine eye exams (when no medical eye problem is known or suspected). Medicare, and most other insurance plans, insists that we charge separately for that portion of the examination, since it is not a covered service. You will receive an explanation of benefits from them itemizing your responsibilities. You will be responsible for any co-payments, deductibles or non-covered services as determined by your insurance company. We are a Medicare participating practice. If you are a Medicare Beneficiary, we will file a claim for you. You will be responsible for the 20% co-payment.

MINORS ACCOMPANIED BY AN ADULT: The adult accompanying a minor and his/her parents (or guardian) are responsible for payment prior to the beginning of your exam or consultation.

In accordance with our contract and with your insurance provider, we are responsible for collecting, and you are responsible for paying co-payments at the time of service.

If you have a separate plan that covers routine or annual eye examinations and/or glasses, please let us know. Your vision plan may assist you with your eye care needs that are not covered by your medical plan. We will bill your vision plan as above.

We require payment prior to when the product is received

I promise not to process a chargeback on credit card for no show fees.

We require a 50% deposit collected prior to delivery of your optical purchase.

RETURN / EXCHANGE POLICY

Eyeglass lens orders are highly customized and cannot be cancelled once they have been placed with laboratory.

NO Refunds allowed:

No refund on open box contacts lenses.

Due to the time involved and custom nature of eyewear, all sales are final. We are unable to offer refunds or exchanges.

We will gladly restyle within 30 Days from date of purchase due to allergies.