



Dra. Helen Knisley & Associates
Formulario de directivas de oficina

Por favor, rellene todas las áreas que correspondan a su visita.

Examen ocular de rutina

1. Entiendo que si tengo algún problema con mi prescripción de anteojos, tengo **hasta 60 días** para regresar para una nueva revisión sin cargo.
2. Entiendo que si han pasado más de 60 días desde la fecha del examen inicial, estaré sujeto a una tarifa de \$ 30 por volver a revisar las gafas.
3. Entiendo que si han pasado más de 120 días, se me pedirá que realice un NUEVO examen ocular de rutina completo precio o use mi seguro de la vista, si corresponde. Si regresa para una receta / evaluación de lentes de contacto otro día, debe hacerse dentro de los 30 días posteriores al examen de rutina inicial para evitar una tarifa de \$ 30 además de los copagos / tarifas.

Yo entiendo que no hay reembolsos por servicios rendido.

He recibido mi prescripción de gafas:(firma) _____

Examen/evaluación de lentes de contacto

1. Entiendo que muchos pacientes solo necesitarán una sesión de adaptación, otros pueden requerir sesiones adicionales.
2. Todos los seguimientos deben realizarse dentro de los 30 días posteriores al examen para evitar una tarifa de seguimiento de \$30 (nuevo examen después de 120 días).
3. Entiendo que la evaluación de los lentes de contacto es independiente del examen ocular de rutina.
4. Entiendo que este servicio puede o no estar cubierto por mi seguro. La tarifa está determinada por la complejidad del tipo de lente y el conocimiento especializado necesario para ajustar las lentes.
5. Entiendo que si no vuelvo para mis seguimientos de lentes de contacto dentro de los 30 días posteriores a la fecha del examen, no recibiré una receta válida de lentes de contacto y estaré sujeto a una tarifa de reacondicionamiento de \$30.
6. Si quiero cambiar el tipo / marca de lentes después de la finalización de la prescripción, estaré sujeto a una tarifa de reacondicionamiento de \$ 30 y cualquier otra tarifa que pueda aplicarse.

Usuarios de lentes de contacto por primera vez: Se requerirá una clase de inserción y extracción de \$ 30, no cubierta por ningún seguro. **Yo entiendo que no hay reembolsos por servicios rendido.**

Devoluciones de pedidos de lentes de contacto: Todas las cajas abiertas no se pueden devolver, cambiar ni reembolsar. Todas las lentes de contacto de color (abiertas o sin abrir) no pueden ser devueltas, cambiadas o reembolsadas. Todas las devoluciones/cambios/compras canceladas estarán sujetas a una tarifa de reposición del 25% y deben realizarse dentro de los 60 días posteriores a la fecha de compra.

He recibido mi prescripción de lentes de contacto:(firma) _____

Escriba el nombre del paciente

Firma del paciente o padre

Visita al consultorio médico

1. Entiendo que una visita al consultorio es un examen médico y no un examen ocular de rutina, por lo tanto, no recibiré una receta de anteojos o lentes de contacto.
2. Entiendo que a mi seguro de la vista no se le puede facturar por una visita médica. La visita inicial oscila entre \$ 100 y \$ 125, cualquier seguimiento necesario será de \$ 30 adicionales cada vez. **Yo entiendo que no hay reembolsos por servicios rendido.**

Escriba el nombre del paciente

Firma del paciente o tutor