

Perez Eye Care

www.perezeyecare.com

2252 W Cermak Rd
Chicago, IL 60608

25 E. Washington St., Ste. #820
Chicago, IL 60602

DILATACIÓN

La dilatación está cubierta en parte de su seguro de VISIÓN (VSP, Eyemed, Davis Vision, etc.) cuando se realiza **EL MISMO DIA** que su examen de la vista rutina.

Por favor, circula si gustaria dilatarse la pupila para su examen de hoy: **SÍ** o **NO**

Con la dilatación, sea consciente que su visión de cerca permanecerá borrosa y usted será sensible a las luces brillantes entre 4 a 6 horas.

POLÍTICAS DE CANCELACIÓN DE CITA O NO PRESENTARSE

Debe avisar con 24 horas de anticipación para cancelar una cita.

Costo de \$25 para citas faltadas los días Sábado.

Familias de 3 o más integrantes: Costo de \$25 **POR** persona

DEPÓSITOS

TODAS las órdenes son **FINALES** y no se pueden devolver, cancelar o intercambiar.

El pago en completo es requerido para todos órdenes.

Problemas con su orden **deben** informarse con PEC entre 3 semanas de la fecha de notificación para recojo.

PERMISSION PARA COLECTAR HISTORIAL DE MEDICAMENTO

Al marcar sí en este formulario de consentimiento, está dando permiso para recopilar información sobre su historial de medicamentos, y le da permiso a su farmacia y a su aseguradora de salud para divulgar su historial de medicamentos.

Por favor, circule: **SÍ** o **NO**

Firma del Paciente o Guardian: _____

Nombre Imprimido: _____ Fecha: _____

Correo Electrónico: _____ Número de Teléfono preferido: _____