9 🛛 🛇 📞 🕇 🙆

AMOR A LA VISTA® AVISO DE PRIVACIDAD COVID-19 CORPORATIVO FACTURACIÓN MÉDICO



INICIO SERVICIOS TIPO DE CONSULTAS V TEMAS DE SALUD VISUAL CONTÁCTANOS



1. Para dar inicio con la reservación dé clic en *Reserva tu cita en línea*.





Reservar	Citas		Acceder	0		
	Servicio: S.H. CONSULTA: OFTALM PRIMERA VEZ	IOLOGIA INTEGRAL CONSULTA				
	Sede: TLAXCALA	•	▲ *L elegirá	a Sede á confor	e se me a	
	O Consultorio: (研) CONSULTORIO 6		ingres su asegúi	ó para l solicitu rese de	nacer Id elegir	
	A partir del día: 20/10/2023		la corre loc	ecta seg calidad)	jún su).	
		Buscar				
2. Elij	ja el día de su prefere	ncia y realice la búsqu *Sujeto a disponibilidad	ueda. <i>I del se</i>	ervicio		





 ★ S.H. CONSULTA OFTALMOLOGIA INTEGRAL CONSULTA PRIMERA VEZ ✓ Seman ✓ Seman ✓ Mar 13/05 14/05 15/05 15/05 11:00 18/05 18/05 19/05 	Reservar Citas						Acce	der 💮	
Lun Mar Mié Jue Vie Sáb Dom 13/05 14/05 15/05 16/05 17/05 18/05 19/05 11:20 10:20 10:20 11:00 11:00 19/05 © TLAXCALA 13:00 11:00 11:00 10:20 10:20 10:20 20 de Noviembre, 90606 San Matías 13:20 13:20 13:20 10:20 10:20 10:20 10:20 10:20 11:00 11:00 10:20 10:20 10:20 10:20 10:20 10:20 10:20 10:20 10:20 10:20 10:20 10:20 10:20 10:20 10:20 10:20 10:20 10:20 10:20 10:20 10:20 10:20 10:20 10:20 10:20 10:20 10:20 10:20 10:20 10:20 10:20 10:20 10:20 10:20 10:20 10:20 10:20 10:20 10:20 10:20 10:20 10:20 10:20 10:20 10:20 10:20 10:20 10:20 10:20 10:20 10:20 10:20 10:20	← S.H. CONSULTA OFTALMOLOGIA INTEGRAL CON	NSULTA P	RIMERA	VEZ			< Ser	mana >	
	CONSULTORIO 6 © TLAXCALA 20 de Noviembre, 90606 San Matías Tepetomatitlán, Tlax., San Matias Tepetomatitlán	Lun 13/05 11:20 13:00 13:20	Mar 14/05 10:20 11:00	Mié 15/05	Jue 16/05 11:00	Vie 17/05	Sáb 18/05	Dom 19/05	

A continuación se mostrará la disponibilidad de horarios por día de la Sede de su elección (los precios y horarios pueden variar por Sede).

3. Elija según el día y el horario que desea la consulta.





Reservar	Citas Cancelar	Acceder	?	
	¿Ya registrado? <mark>Acceder</mark> Podrá reservar para usted o para un miembro de su familia			
	0			
	¿Todavía no está registrado? Rellene el siguiente formulario			
	Nombre			
	Nombre	ł		
	Apellido	ł		
	Segundo apellido			
	Contactos			
	Móvil	ł		
	Email			

4. Ingrese los datos completos del *paciente* que el sistema le solicita, es importante esta información para su atención.

*Ingrese correctamente el número Móvil ya que se enviará vía mensaje de texto un código para validar la cuenta.



	Mostrar		
La contraseña debe contener:			
 al menos 8 caracteres 			
 al menos una letra mayúscula al menos un prémoro 			
 armenos un numero 			
rivacidad			
He leído y acepto la polític	a de privacidad		
	a ao pintaolada		
	formativos y comorcialos	$\overline{1}$	
	ronnauvos y comerciales		
Quiero recibir cuestionario	s de satisfacción		

5. Será necesario crear un **Password** válido. Deberá leer y aceptar los avisos de privacidad para concretar el proceso, enseguida dé clic para continuar con el registro.



La contraseña debe contener:

- al menos 8 caracteres
- al menos una letra mayúscula
- al menos un número

La información a continuación no será editable una vez completado el registro. Por favor, compruebe que los datos sean correctos antes de continuar.

	Móvil 5554421700		182
	Nombre PX		
	Apellido REGISTRO DE PRUEBA		
	Sexo F		
L	Fecha de nacimiento 23/05/1988		
	Modif	icar datos Seguir	
	ANOS DE CONT		

6. A continuación el sistema le mostrará un resumen del registro realizado, valide con detenimiento la información para continuar con la reservación.



	COND DE VALENCIA		
Reservar Citas Cancelar		2 7	
Espere unos instantes antes de solio	citar un nuevo código de validación.	×	
Le enviamos el código de ver	ificación a través de SMS al número +52	5554421700	
Código de verifica	ación		
	Activar		

7. Registre el código de verificación que llegó por mensaje de texto al número *Móvil* que ingresó previamente.







CONSULTORIO 6 S.H. CONSULTA
📋 OFTALMOLOGIA INTEGRAL CONSULTA PRIMERA VEZ
📋 Sábado, 25 Mayo 2024, 9:20
 TLAXCALA 20 de Noviembre, 90606 San Matías Tepetomatitlán, Tlax., San Matias Tepetomatitlan (Tlaxcala), Tlaxcala, MÉXICO
🛇 \$ 440 📼 Pago por adelantado reguerido
Pago por adelantado requerido ×
Reserva P/ P/ e P/ P/ P/ e Cancelar Proceder al pago
Contactos para esta cita
+525550716800 *
viridiana.mgranados@gmail.com
* Campos obligatorios
Para continuar con el pago dé clic en <i>Proceder al pago</i>

Nota: Es importante considerar que en caso de no realizar el pago dentro del tiempo establecido la cita será **cancelada**.



TIPO SERVICIO S.H. CONSULTA - OFTALMOLOGIA INTEGRAL CONSULTA PRIMERA VEZ COSTO \$440 Política de pago y reembolso He sido informado y he leído la Información Previa de pago Seguir

9. Para seguir deberá leer y aceptar la *Política de pago* para continuar con el pago del servicio.



PAGO CON TARJETAS PARTICIPANTES

c) conekta				Pago único
SELECCIONA UN MÉTODO Tarjeta Nombre en la tarjeta	DE PAGO			Las transacciones exitosas incluyen protección de contracargos
Número de tarjeta Expiración 01/24	Código de seguridad 000 Finalizar	VISA		Vales de despensa Pago único Acepta pagos con vales de despensa para las industrias No Financieras.
Al continuar estoy a	iceptando la <u>política de privacidad</u> (del servicio.		
10. En caso de el para continua	legir la opción Ir presione <i>Fir</i>	Tarjeta del nalizar.	perá registrar	los campos solicitados,

*Cuenta con un limite de tiempo de 30 minutos o la cita será **cancelada**.



C conekta	0	
SELECCIONA UN MÉTODO DE PAGO		
		e Efectivo
Tarjeta		Paga en efectivo en más de 30,000 puntos de venta, en todo el país
PODRÁS PAGAR EN EFECTIVO EN CUALQUIER OXXO		Al pagar en efectivo, se cobrará a tu cliente una <u>comisión adicional</u> en caja que puede variar dependiendo de la cadena.
Enviaremos una referencia de pago a tu correo p pago. Sigue las instrucciones del correo para con	para que puedas realizar el npletar tu compra.	
Finalizar		
Al continuar estoy aceptando la política de priv	vacidad del servicio.	
10. En caso de elegir la opo	ción Efectivo le será e	enviado vía correo electrónico
la referencia que debera	á presentar en OXXO	de su elección.
	* Cuenta con un	n limite de tiempo de 24h. o la cita
	serà cancelad	1a .



PAGO CON EFECTIVO / OXXO

. Ve a tu OXXO más cercano. . Menciona que realizarás un pago . Realiza tu pago	en efectivo con OXXO Pay
REFEREN	NCIA DE PAGO
020020	
930039	iar número
FECHA DE EXPIRACIÓN	COBRO
02/02/2024	Cita 19 Abr 2024
PAGA EN C	UALQUIER OXXO
	XO
COMPARTE ESTA	REFERENCIA DE PAGO

Representación ejemplo de la referencia de pago.



PAGO CON EFECTIVO / OXXO









Para obtener nuevamente la referencia ingrese a la aplicación con el *usuario* y *password* que registró, dé clic en el módulo de *Citas*. También podrá consultar su referencia en el correo electrónico.







Consulte nuestro aviso de privacidad en:

institutodeoftalmologia.org/aviso-de-privacidad/



Una vez que se validó el pago el estatus del servicio será: Pagado en Línea

