

**DESIGNACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARENTAL PARA TOMAR DECISIONES MÉDICAS POR UNA PERSONA MENOR DE EDAD**

1. Yo \_\_\_\_\_, soy la madre/el padre de la persona menor de edad que se identifica a continuación. Tengo el poder de tomar decisiones médicas en su nombre y, además, he completado y firmado cada parte del documento **Consentimiento para la examinación y tratamiento/Autorización de pago**. No existen órdenes judiciales que limiten dicho poder o que me prohíban designar a otra persona adulta para tomar decisiones médicas por mi hijo(a).

Nombre del niño o de la niña: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

2. Al firmar el presente documento, autorizo a la siguiente persona adulta \_\_\_\_\_ (persona designada) a tomar decisiones médicas por mi hijo(a).

3. Esta autorización comenzará el \_\_\_\_\_ y estará vigente por un año, a menos que se establezca una fecha de rescisión previa a continuación.

Fecha de rescisión previa (si corresponde): \_\_\_\_\_  
*Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento por uno de los padres o por ambos.*

4. Mientras esta autorización esté vigente, se puede contactar a los padres de la siguiente manera:

Nombre del padre o de la madre 1: _____	Nombre del padre o de la madre 2: _____
Dirección: _____	Dirección: _____
_____	_____
Teléfono: _____	Teléfono: _____

Mientras la autorización esté vigente, se puede contactar a la persona designada de la siguiente manera:

Nombre de la persona designada: \_\_\_\_\_  
Dirección de la persona designada: \_\_\_\_\_  
Teléfono celular de la persona designada: \_\_\_\_\_

5. La persona a la que designo mediante este formulario tendrá derecho a tomar decisiones médicas en nombre de mi hijo(a) en SUNY College of Optometry University Eye Clinic (UEC).

**Consentimiento diferido para dilatar las pupilas:** Al incluir mis iniciales aquí \_\_\_\_\_ reconozco que **NO CONSIENTO** que mi hijo(a) se someta a una dilatación ocular en este momento. *Reconozco que he leído la declaración que se adjunta a este documento: "Consentimiento diferido para la dilatación ocular", en la cual se detallan los beneficios de este procedimiento y los riesgos de no llevarlo a cabo en este momento.*

6. Firma del padre o de la madre  
*(Se requerirá la firma de ambos padres si el tribunal requiere que ambos concuerden con las decisiones médicas.)*

Padre o madre 1 \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Padre o madre 2 \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

*Es necesario adjuntar una copia del documento de identidad emitido por el gobierno del padre o de la madre y de la persona designada.  
\*No se aceptan firmas electrónicas\**



Name:  
DOB:  
MRN:

**Consentimiento para la examinación y el tratamiento**

Al firmar abajo, doy mi consentimiento para que University Eye Center ("UEC") me brinde los servicios de atención oftalmológica apropiados y necesarios desde el punto de vista médico, incluidos diagnósticos de rutina y procedimientos para tratamientos. En la medida en que se requiera un tratamiento más complejo o invasivo, el UEC me proporcionará información adicional para que yo pueda dar mi consentimiento informado para dichos procedimientos. También entiendo que, dado que el UEC es un centro de enseñanza, los residentes y los estudiantes podrían observar o colaborar con mi atención médica, de acuerdo con las instrucciones de mi médico tratante o de otros miembros del personal apropiados.

Reconozco que no me han garantizado nada respecto de los resultados de ningún tratamiento o examen proporcionado por el UEC.

Entiendo que me pueden tomar fotografías, registrar videos u otras imágenes (en conjunto llamadas "imágenes") y utilizarlas con fines médicos, por ejemplo, para documentar o planificar mi atención médica, para enseñar o para publicar en una revista científica. Le pediremos su consentimiento antes de publicar o divulgar sus imágenes.

Me explicaron la totalidad de este consentimiento y certifico que entiendo su contenido.

Por \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Guardián Legal

Si un Guardián Legal, indique relación: \_\_\_\_\_

**Investigación OPT-Out**

No deseo ser contactado con respecto a posibles estudios de investigación. Iniciales del paciente \_\_\_\_\_

**Directorios avanzados**

Tiene un directorio avanzado?  Si  No

Explica: \_\_\_\_\_

**Acuse de recibo**

Firmando con iniciales abajo, reconozco que me han proporcionado una copia de:

- El aviso de las prácticas de cómo cierta información sobre mí salud se puede utilizar y divulgar por el UEC de SUNY College of Optometry y cómo puedo obtener el acceso y controlar esta información;
- Procedimientos de la Declaración de Derechos y del agravio; y,
- Requisitos sobre su seguro de salud y los pagos

Iniciales del paciente \_\_\_\_\_

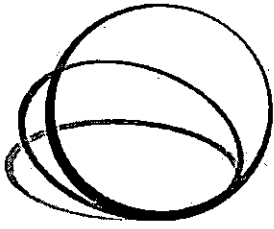
**Firma en archive / autorización de pago**

Pido que el pago para todos los servicios hechos por esta facilidad esté hecho en mí nombre al University Eye Center (UEC). Autorizo el UEC para lanzar a los centros de Seguro de enfermedad y Medicaid (CMS) y sus agentes o cualquier otro asegurador cualquier información necesaria para determinar estas ventajas o las ventajas pagaderas para los servicios relacionados. Permito una copia de esta autorización de ser utilizado en lugar de la original. Entiendo que mi firma servirá como autorización del curso de la vida para el lanzamiento de la información médica necesario para pagar la demanda. Si indican a otro asegurador en el punto 9 de la forma del CMS 1500 o a otra parte en otras formas de demanda aprobadas, mi firma autoriza la liberación de la información al asegurador o a la agencia demostrada.

También entiendo que:

- Si mi compañía de seguros requiere una remisión/una autorización que no esté disponible a la hora de servicio, seré financieramente responsable de la carga entera para los servicios hechos.
- Soy responsable de todas las cargas no cubiertas por mis ventajas de seguro, incluyendo la carga de la refracción.
- Me han dado una copia de los requisitos sobre seguro de salud y los pagos al UEC y acuerdo seguir estos requisitos.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



# SUNY COLLEGE OF OPTOMETRY UNIVERSITY EYE CENTER

## CONSENTIMIENTO DIFERIDO PARA DILATAR LAS PUPILAS

Yo, he leído y comprendo el propósito de la dilatación que se explica abajo. Elijo rechazar la opción de que se realice a mi dependiente un examen con dilatación en este momento, como lo inicie en el formulario DESIGNACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARENTAL PARA TOMAR DECISIONES MÉDICAS POR UNA PERSONA MENOR DE EDAD, ya que yo no voy a estar presente en la cita de mi hijo (a). Comprendo que se me cobrará aparte una tarifa de visita al consultorio si decido someterme a una dilatación más adelante. Comprendo que estoy eximiendo al University Eye Center de cualquier responsabilidad por no someterme al examen con dilatación. He leído, comprendo y acepto las condiciones descritas arriba.

## INFORMACIÓN SOBRE LA DILATACIÓN

La dilatación es una parte importante del examen ocular completo. La dilatación le agrandará la pupila y permitirá ver mejor la retina. Mediante una evaluación exhaustiva de la salud de la retina, podemos detectar problemas que pueden ocurrir sin que el paciente tenga síntomas evidentes y que pueden deberse a lo siguiente:

- **Enfermedades sistémicas:** Diabetes, presión arterial alta, cáncer
- **Enfermedades oculares:** Cataratas, glaucoma, desprendimiento de retina, etc.

Luego de un examen con dilatación de pupila, generalmente se experimentan sensibilidad a la luz y visión borrosa (las gotas para dilatar las pupilas, por lo general, provocan que la visión de cerca sea borrosa, lo que puede dificultar la lectura). Esto puede experimentarse durante aproximadamente 4 a 6 horas. Al finalizar el examen, es posible que le suministren anteojos de sol desechables; le recomendamos que los use.

La mayoría de las personas pueden conducir con las pupilas dilatadas, siempre y cuando usen anteojos de sol (podemos suministrarle unos si no trajo los suyos). No obstante, si no se siente cómodo al conducir, o nunca lo hizo con las pupilas dilatadas, quizás sea mejor que otra persona conduzca.