



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 podrán 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. Permiso 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: _____