



**Lista de Verificación de Formularios Requeridos para Padres  
Tutores Legales de Menore Acompañados por Otro Adulto**

- Si un padre o tutor legal no puede acompañar a su hijo menor durante su cita a University Eye Center, el padre o tutor legal DEBE designar a un adulto para que acompañe a su hijo menor.
- Los formularios adjuntos Y las identificaciones gubernamentales DEBEN 1) completarse, 2) firmarse personalmente y 3) enviarse al University Eye Center al menos 3 días hábiles antes de la fecha de la cita.

**1. COMPLETE LOS FORMULARIOS REQUERIDOS Y UNA COPIA DE 2 IDENTIFICACIONES GUBERNAMENTALES/LEGALES CON FOTO**

- a. Consentimiento para Designar a un Adulto para Tomar Decisiones Médicas para el Menor
- b. Lea el Consentimiento Diferido para Dilatar el Ojo

- 1) Lea el Folleto de Bienvenida en <https://www.datocms-assets.com/3624/1566582463-welcomebookv2.pdf> la Carta de Derechos del Paciente y las políticas de seguro y pago del UEC. Por favor, firme con sus iniciales en el Formulario de Consentimiento que ha leído estos avisos.
- 2) Consentimiento para Examen y Tratamiento
- 3) Copia de la identificación legal con foto y dirección del padre/madre que firma los documentos  
Copia de la identificación legal con foto y dirección del adulto que acompañará al niño

**2. ENVÍE EL PAQUETE AL LUGAR DE LA PRÓXIMA CITA DE SU HIJO:**

Ubicación	Correo Electrónico	FAX	Telefono	Mejor Método
Pediatrics	Pediatrics@sunyopt.edu	212-938-5796	212-938-4185	<u>Seguro y Confiable Enviar Mensaje y adjuntar documentos a través del Portal del Paciente</u>
Primary Care	PrimaryCareFrontDesk@sunyopt.edu	212-938-4127	212-938-4130	
Advanced Care	Advancedcarefrontdesk@sunyopt.edu	212-938-4099	212-938-4090	
Contact Lens	8thfloorfrontdesk@sunyopt.edu	212-938-4135	212-938-4155	
Vision Rehabilitation	5thflstaff@sunyopt.edu	212-938-4065	212-938-4062	

- **Antes de la fecha de la cita**, llame a la oficina de su médico para asegurarse de que todos los documentos se hayan recibido y completado correctamente.
- **Si no se reciben los formularios**, no se completan en su totalidad, o no se reciben las copias de TODAS las tarjetas de identificación, necesitaremos reprogramar la cita de su hijo hasta que los formularios estén completos y recibidos.
- Se debe completar un formulario de consentimiento antes de la cita para cada niño y para cada adulto que pueda acompañar al niño.
- Estos formularios son válidos por no más de un año y deben actualizarse antes de que finalice el período. Es responsabilidad de los padres asegurarse de que haya formularios de consentimiento actuales en el archivo de la oficina del médico antes de la cita.

**También puede encontrar estos documentos en el sitio web del UEC en [universityeyecenter.org](http://universityeyecenter.org) o a través del Portal del Paciente del University Eye Center de su hijo.**

**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: \_\_\_\_\_ PN: \_\_\_\_\_

**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 documento de directiva anticipada que nombre a alguien para tomar decisiones de atención médica en su nombre?

Si  No

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

**Acuse de recibo**

Los avisos que se enumeran a continuación se incluyen en la Guía para pacientes que está disponible durante su cita y se enumeran en el sitio web de the University Eye Center en <https://www.universityeyecenter.org/>. Por favor, informe al equipo de recepción si tiene alguna pregunta.

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

- El aviso de las practicas privadas 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;
- Declaración de Derechos y quejas del paciente o procedimientos y,
- Pólizas de seguros y pagos a UEC

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: \_\_\_\_\_



Nombre del paciente (PT Name): \_\_\_\_\_ PN: \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO DIFERIDO PARA DILATACIÓN OCULAR

#### Deferred Consent to Dilate the Eyes

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.

Firma del paciente (tutor): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Patient (Guardian) Signature

Date

### 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.