



CG Eyecare of Florida

CONSENTS & INFORMATION

HEALTH CARE SERVICES:

- I authorize consent for medical treatment at CG Eyecare of Florida. (CGEFL)
- (HIPAA) Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 requires that CGEFL (the practice) provide you a copy of, or access to, our notice of privacy practices. I acknowledge that I have been presented the opportunity to read the notice of privacy practices and that I do not wish to have any exceptions.

MINORS: I _____ give permission for my child to have any diagnostic drops or contact lens service which may be required for an eye exam or contact lens fitting.

FINANCIAL/INSURANCE:

- Valid insurance must be presented at the time of visit to be applied to the current visit only. It is your responsibility to know your insurance information in order for CGEFL to file a claim on your behalf. **If no insurance is presented or found at the time of visit, CGEFL is not responsible for filing claims at a later time. You will be responsible for all fees associated with the visit.**
- Payment is required at the time of service. If services are billed to an insurance carrier, I authorize that payment of any insurance benefits either to me or on my behalf be made to CGEFL for any services furnished to me or my dependents. **I understand that if my insurance company does not provide payment to CGEFL, I will be billed for the non-covered services and that I am responsible for payment when I receive the bill.** If payment is not made within 30 days from the date the bill was mailed from CGEFL, I understand that a 5% charge will be added to my bill after each 30 days.
- A collections agency may contact you by any telephone number associated with your account, including wireless telephone numbers, which could result in charges to you, to collect any amount you may owe CGEFL. **Methods of contact may include using pre-recorded/artificial voice messages and/or use of an automatic dialing device, as applicable.**
- There will be a **20% restocking fee** upon the cancellation or return of any contact lens materials.

NOTICE: The optometrist **recommends** the examination to include dilation **AND** Optomap (Retinal Photo). Without dilation, it is not a **COMPLETE** comprehensive exam. Dilation is included in the standard comprehensive exam. **IF unable to dilate, the Optomap is recommended.**

DILATION: Every comprehensive exam **INCLUDES** dilating drops to dilate or enlarge the pupils of the eye and **allow the optometrist a better view of the inside of your eyes.** They frequently blur vision for 4-6 hours and may also make bright lights bothersome. It is advised to have a designated driver. Adverse reactions, such as acute angle-closure glaucoma, may be triggered from the dilating drops. This reaction is extremely rare and is treatable with immediate medical attention.

_____ I **understand** the side effects and benefits of dilation and hereby authorize CGEFL to administer dilating eye drops.

_____ I **understand** that I am opting **against** what is recommended for my comprehensive ocular health by the optometrist.

_____ IF you wish to opt out, please list medical reason(s): _____

OPTOMAP (Retinal Photo): Acquires a digital photo of the inside of the eye to allow the optometrist to look for diseases and track changes over time. **Retinal imaging does not require dilating** drops nor have the other ocular side effects of dilation. **Not recommended** for those with seizures or epilepsy due to intense, flashing lights.

_____ Yes, I **will** have an OPTOMAP (retinal photo) taken today for a co-pay of **\$34.00.**

_____ I **understand** that I am opting **against** what is recommended for my ocular health by the optometrist.

If you elected **NOT** to have your eyes dilated **OR** have the OPTOMAP taken today, then we **recommend** that you make an appointment with an ophthalmologist at Bascom Palmer Eye Institute.

*** If you do not dilate or have a retinal photo taken today, then it is **REQUIRED** to dilate or have a retinal photo taken at your **NEXT** comprehensive exam.***

I acknowledge that I have read this form and understand its content. I am the patient or the person duly authorized either by the patient or otherwise, sign this agreement, consent to, and accept its terms. I am responsible for the payment and/or co-payment that is due at the time of service, and I have been given the option to for a copy of the CGEFL HIPAA Policy.

Patient (or person authorized to sign for patient)

Date:



CG Eyecare of Florida

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO E INFORMACIÓN

SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA:

- Autorizo el consentimiento para recibir tratamiento médico de CG Eyecare of Florida (CGEFL)
- (HIPAA) Seguro de Salud de Portabilidad y Ley de Privacidad de 1996 requiere que CG Eyecare of Florida (la práctica) proporcione una copia, ó el acceso a nuestro aviso de prácticas de privacidad. Reconozco que se me ha presentado la oportunidad de leer el aviso de las prácticas de privacidad y no deseo tener ninguna excepción.

MENORES: Yo _____ doy permiso para que mi hijo tenga las gotas de diagnóstico o servicio de lentes de contacto que pueden ser necesarios para el examen de la vista o de adaptación de lentes de contacto.

PAGOS/SEGURO MEDICO:

- Se requiere el pago de los servicios al momento del servicio. Si los servicios se facturan a una compañía de seguros, autorizo que el pago de los beneficios del seguro ya sea a mí o en mi nombre para CG Eyecare of Florida por los servicios proporcionados a mí o a mis dependientes. Entiendo que si mi compañía de seguro no hace el pago a CGEFL, yo se que me facturarán por los servicios no cubiertos y me hare responsable por el pago cuando reciba la factura. Si el pago no se hace dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que la factura fue enviada por correo por CGEFL, entiendo que un cargo por pago atrasado de \$5.00 será añadido a mi cuenta después de cada 30 días.
- Para poder coleccionar cualquiera cantidad que usted puede deber a (CG Eyecare of Florida), podremos comunicarnos con usted por cual quier número de teléfono asociado a su cuenta, incluyendo los números de teléfono movil, lo que podría resultara en cargos a usted. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes pregrabados / artificiales de voz y/o el uso de un dispositivo de servicio de marcación automática, según corresponda. Yo/Nosotros hemos leído estas condiciones de pago y acepto/aceptamos que (CGEFL) puede ponerse en contacto conmigo/nosotros al como esta descrito.

AVISO: El optometrista **recomienda** que el examen incluye dilatacion y el Optomap (fotografía de retina). Sin dilatación, no es un examen **completo**. Dilatacion esta incluida en el examen completo estandar. **Si no puede dilatar, se recomienda el Optomap.**

DILATACIÓN: Cada examen completo incluye gotas dilatadoras para dilatar o agrandar las pupilas del ojo y **permitirle al optometrista una mejor vista del interior de sus ojos**. Frecuentemente nubla la visión durante 4 a 6 horas y tambien las luces brillantes pueden causar molestia durante un periodo de tiempo que varia de persona a persona. Se recomienda tener un conductor designado. Las gotas dilatadoras pueden agitar reacciones adversas, como glaucoma agudo de ángulo cerrado. Esta reacción es extremadamente rara y se puede tratar con atención médica inmediata.

_____ Yo **entiendo** los efectos secundarios y los beneficios de la dilatación y por la presente, autorizo a CG Eyecare of Florida administrar gotas dilatadoras para los ojos.

_____ Yo **entiendo** que estoy **optando** en contra de lo recomendado por el optometrista para mi salud ocular integral.

_____ Si desea optar por no participar, indique los motivos medico(s): _____

OPTOMAP (fotografía de retina): Tomaremos una foto digital del interior del ojo para permitir que el optometrista busque enfermedades y ver cambios a lo largo del tiempo. Las imágenes de la retina no requieren gotas dilatadoras ni tienen los otros efectos secundarios oculares de la dilatación. No es recomendado para personas con convulsiones o epilepsia debido a las luces intermitentes intensas.

_____ Si, **me tomare** un OPTOMAP (fotografía de la retina) hoy por un copago de **\$34.00**.

_____ Yo **entiendo** que estoy **optando** en contra de lo recomendado por el optometrista para mi salud ocular.

Si eligió **NO** dilatarse los ojos **O** tomarse el OPTOMAP hoy,
le **recomendamos** que programe una cita con un oftalmólogo

***Si no se dilata ni se toma la fotografía de la retina hoy, entonces es **OBLIGATORIO** dilatar
o tomar una foto de la retina en su **PROXIMO** examen completo.***

Yo reconozco que he leído este formulario y entiendo su contenido. Yo soy el paciente o la persona debidamente autorizada por al paciente o de otra manera, firmó este acuerdo, consiento y acepto sus términos. Yo soy responsable del pago y/o copago adeudado en el momento del servicio, y se me ha dado la opción de obtener una copia de la Póliza CGE HIPAA.

Paciente (o persona autorizada para firmar por el paciente)

Fecha: