

## CONSENTIMIENTOS E INFORMACIÓN



### SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA:

- Autorizo el consentimiento para recibir tratamiento médico de C-Luminous Eyecare (CLE)
- (HIPAA) Seguro de Salud de Portabilidad y Ley de Privacidad de 1996 requiere que C-Luminous Eyecare (la práctica) que proporcione una copia de, o 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 que no desea 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 un examen de la vista o de adaptación de lentes de contacto.

### FINANCIERO/SEGURO:

- Se requiere el pago de los servicios en el 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 se para C-Luminous Eyecare por los servicios proporcionados a mí o a mis dependientes. Entiendo que si mi compañía de seguros no prevé el pago a CLE, se que sere facturado por los servicios no cubiertos y que soy 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 el proyecto de ley fue enviado por correo de C-Luminous Eyecare, entiendo que un cargo delictivo de \$5.00 será añadido a mi cuenta después de cada 30 días .
- Para que podamos recoger cualquier cantidad que usted puede deber (C-Luminouse Eyecare), podemos comunicarnos con usted por cualquier número de teléfono asociado a su cuenta, incluyendo los números de teléfono inalámbricos, lo que podría resultar 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 esta divulgación y acepta que (CLE) puede ponerse en contacto conmigo/nosotros como se describe.

**Dilatación: (ampliación de las pupilas) es parte del cuidado normal para todos pacientes nuevos y es echo en exámenes anuales. Dilatacion aumenta el campo de vista adentro del ojo, asi permitiendo una mayor examinacion de la salud ocular.**

- Gotas de dilatación se utilizan para dilatar o agrandar las pupilas de los ojos. Las gotas de dilatación con frecuencia da falta de definición de visión durante un período de tiempo que varía de persona en persona. Puede hacer que las luces brillantes le cause molestia. No es posible que su optometrista pueda predecir cuánto se verá afectada su visión. Por lo tanto, es mejor si usted haga arreglos para que no conduzca después de la dilatación. Reacción adversa, tales como el glaucoma agudo de ángulo cerrado, puede ser disparado por las gotas de dilatación. Esta reacción es extremadamente rara y se puede tratar con la atención médica inmediata.

Si, Yo, \_\_\_\_\_, comprendo los efectos secundarios y beneficios de dilatación y autorizo el CG Eyecare of Florida y/o (CLE) asociados para administrar la dilatación de gotas para los ojos.

No, Yo, \_\_\_\_\_, no deseo ser dilatado hoy a pesar de que entiendo su función y beneficio para mi examen general de salud ocular.

### RETINAL PHOTO:

Sí, opto portomar la foto de la retina **Eidon** hoy por **\$ 25.00**.

No, rechazo la opción de tomar la foto de la retina **Eidon** hoy.

Yo reconozco que he leído este formulario y entiendo su contenido, y no tengo alguna pregunta. Yo soy el paciente o la persona debidamente autorizada, ya sea por parte del paciente o de otra forma, firmo este acuerdo, consentimiento y la aceptación de sus términos. Yo soy responsable por el pago y/o co-pago que se debe en el momento del servicio, y se me ha dado la opción de una copia de la (CLE), Política HIPPA.

\_\_\_\_\_  
Paciente (o persona autorizada para firmar por el paciente)

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