

# FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO 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) 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 C-Luminous EyeCare por los servicios proporcionados a mí o a mis dependientes. Entiendo que si mi compañía de seguro no hace el pago a CLE, yo se me facturara 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 facture fue enviada por correo por CLE, 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 (C-Luminous EyeCare), podremos comunicarnos con usted por cual quier número de teléfono asociado a su cuenta, incluyendo los números de teléfono movil, lo que podría resultaren 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 estos condiciones de pago y acepto/aceptamos que (CLE) puede poner se 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 C-Luminous EyeCare 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 **\$29.00**.

\_\_\_\_\_ 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 ha leído este formulario y entiendo su contenido. Yo soy el paciente o la persona debidamente autorizada por el 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 CLE HIPAA.

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

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

