

**Consentimiento para la examinación y el tratamiento**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_: EN buscar los servicios apropiados y médicamente necesarios consiento voluntariamente a tal cuidado incluyendo procedimientos de diagnóstico y terapéuticos rutinarios y el tratamiento médico que se proporcionarán por el personal de las clínicas del University Eye Center (UEC). Reconozco que no se ha hecho ningunas garantías en cuanto a los resultados de tratamientos o las examinaciones. Este consentimiento se ha explicado completamente a mí y certifico que entiendo su contenido. Autorizo el UEC para conservar, para científico o para los propósitos de enseñanza, las fotografías, la videocinta o la otra información del imagen o clínica del procedimiento, de la examinación o del tratamiento consistente con las prácticas de la Universidad y las regulaciones HIPAA para la protección de la privacidad del paciente y la investigación.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Testigo/a \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**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 saludm 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 \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_