

Consentimiento para Examen

El Consentimiento para el uso del Medicamento Dilatador

Gotas de dilatación se utilizan para agrandar la pupila para permitir el examen de la parte interior del ojo. Aunque ocurre rara vez, los riesgos de estos medicamentos incluyen reacción alérgica, glaucoma agudo, reacciones sistémicas como la presión arterial, irregular o acelerado los latidos del corazón y vértigo. Además, el uso de gotas para dilatar hará la visión borrosa y sensibilidad a la luz que puede hacer manejar y las condiciones de ciertos trabajos peligrosos, después de un examen de la vista durante un período de 4-6 hrs o más. Inmediatamente después de examinación será difícil manejar, por favor es mejor si hace arreglos para no conducir. Sin embargo, sin las gotas de dilatación el examen es sub-óptima y las condiciones como degeneración de la macula, glaucoma o tumor de la retina pueden ir sin diagnosticar.

_____(Iniciales) Si doy consentimiento para dilatación de pupilas.

_____(Iniciales) Niego el consentimiento de dilatación de pupilas.

Poliza de Refracción y Consentimiento

La poliza de Medicare exige que la refracción (el examen para determinar gafas) se facturará por separado de un examen ocular. Medicare y la mayoría de las compañías de seguros no cubren. Los pacientes son responsables del pago en su totalidad de una refracción a menos que tengan un plan de visión que cubre los servicios de rutina de los ojos.

Si usted decide no tener una refracción, existe un mayor riesgo de un retraso en el diagnóstico de algunas enfermedades de los ojos que puede causar deterioro de la visión a largo plazo. Además, la refracción antes de la disminución de algunas cirugías pueden resultar en la falta de pago de la cirugía por su compañía de seguros o Medicare, en cuyo caso sería responsable por el pago.

Cuota de la refracción a partir de: 03/17/2014: **\$40.00**

_____(Iniciales) Reconozco que he leído y entendido la poliza de la refracción

_____(Iniciales) Consiento a la refracción, cuando apropiado por mi médico.

_____(Iniciales) Niego la refracción en este momento. Responsabilidad Financiera y Consentimiento para Tratamiento

Es la póliza de Provident Eye Specialists, P.A. que el pago debe efectuarse cuando los servicios son prestados. Como un beneficio para usted los servicios rendidos a seran facturados directamente a su compañía de seguros. Sin embargo, usted es responsable de todos los cargos incluyendo, en caso de incumplimiento, el costo de colección y el honorario de abogado. Yo autorizo a la Asignación de procedimientos médicos y quirúrgicos beneficios de Medicare, Medicaid, otros seguros gubernamentales y, o seguros privados para: Provident Eye Specialists P.A., 11212 Montwood, El Paso, TX 79936

Yo autorizo al Dr. Keak C. Khauv para proporcionar un cuidado razonable y adecuado médico y quirúrgico consistente con las reglamentos de atención de la Academia Americana de Oftalmología.

Firma de Pacient

Fecha

Testigo

Fecha

_____(Iniciales) He leído y comprendido este documento en su totalidad

_____(Iniciales) Este documento fue leído a mí por:

_____(Iniciales) Este documento se presentó a mí en mi lenguaje nativo



PROVIDENT
EYE SPECIALISTS

11212 Montwood Dr.

El Paso, TX 79936

Tele: (915) 595-4300

Fax: (915) 595-4301

Consentimiento y dirección para la liberación de información de salud protegida (PHI)

En cumplimiento de la HIPAA (Health Insurance Portability y Accountability Act) y para ayudar a proteger su información financiera y la salud, le pedimos que complete este formulario. Usted puede cambiar sus respuestas a este formulario en cualquier momento. Vamos a mantener una copia digital en archivo en su carta. Haremos todo lo posible para cumplir con sus deseos, excepto cuando sea requerido por la ley como se describe en el anuncio de la declaración de protección de privacidad que usted ha leído y firmado.

Con respecto a la liberación de su información de salud, por favor, lea a través de la que aparece a continuación y marque la casilla que refleje sus deseos.

Durante el examen

Sí No Usted tu (Provident Eye Specialists, P.A.) puede hablar con cualquiera y todas las personas que me acompaña durante mi examen directamente y / o permitir que ellos escuchen toda la información o discusión indirectamente. Yo entiendo que si yo no quiero que esa persona al tanto de la conversación debo pedirle a esa persona a salir de la sala de examen.

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono Contactos

Sí No Doy mi consentimiento para la recepción de toda la información en materia de nombramientos, laboratorio, radiología y otros resultados de las pruebas, así como la información financiera, incluyendo recordatorios para las facturas pendientes en mi casa de teléfono y / o teléfono celular personal

Por favor limite la información de la siguiente manera:

Firma del paciente _____

Fecha: _____



Aviso de Prácticas de Privacidad

Reconocimiento de opinión

Fecha: _____

He revisado Provident Eye Specialists, P.A.'s, Aviso de Prácticas de Privacidad (eficaz como, November 7, 2014), que explica cómo se utilizará mi información médica y divulgada. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este aviso si así lo solicita.

Nombre del paciente (letra de molde)

Firma del paciente

Si completado por el padre de un paciente, tutor legal o representante personal, por favor, imprimir y firmar su nombre en el espacio de abajo.

Padre /Tutor/ Representante (letra de molde)

Padre / tutor / Firma del representante

Sólo Para Uso De Oficina

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- Communication barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Other (Please be specific):

Employee Signature

Date