

Consentimiento del Paciente

Asignación de beneficios: Por medio de la presente, yo autorizo el pago directo a Vision Source Coral Springs o su doctora, Katherine Orellana-Medina, OD cualquier beneficio médico aplicable y pagadero correspondiente a mi persona. Yo entiendo que soy financieramente responsable por cargos no cubiertos.

Autorización para uso y divulgación de Información sobre mi salud: Por medio de la presente, yo autorizo a Vision Source Coral Springs o su doctora, a enviar a mi compañía de seguros y otros representantes, información contenida en mi expediente médico. La información sobre prácticas privadas está disponible para lectura de todos los pacientes de forma detallada en la recepción de nuestra oficina. He leído y entendido dicha información y al firmar esta forma, estoy dando mi consentimiento para uso y divulgación de mi información privada para obtener tratamiento, hacer pagos y otras operaciones relacionadas con mi salud.

Autorización para pacientes Medicare parte B y Medigap: Por medio de la presente, yo autorizo a Vision Source Coral Springs o a su doctora portadores de mi expediente médico a divulgar a la administración del seguro social, la Administración Financiera de Salud o compañías de servicios de salud o intermediarias al proceso de mis beneficios de Medicare/Medicaid. Yo autorizo que el pago de mi beneficio de Medicare sea efectuado a nombre de la doctora Katherine Orellana-Medina, por cualquier servicio ofrecido a mi por la doctora o sus asociados. Yo entiendo mi responsabilidad de copagos o deducibles que pueda incurrir.

Consentimiento para dilatación de las pupilas: ____ SI ____ NO

Aplicación de gotas en los ojos dilatan la pupila para asegurar la salud de los ojos. La dilatación es requerido en todos los pacientes especialmente los que han sido diagnosticados con diabetes, presión alta, glaucoma, flotantes, dolores de cabeza, y en los niños para determinar si el uso de espejuelos es requerido. Efectos secundarios son típicamente visión borrosa de cerca y sensibilidad a la claridad del sol por 3-4 horas. La dilatación de las pupilas está incluida en su examen anual. Usted puede cambiar la fecha para su dilatación dentro de un mes de su examen sin costo adicional. Si no se siente cómodo manejando dilatado puede regresar otro día. Entiendo los efectos secundarios de la dilatación de pupilas y le diré a mi doctor si no quiero ser dilatado hoy.

ENTIENDO QUE YO SOY RESPONSABLE DE TODOS LOS CARGOS, COPAGOS, DEDUCIBLES O SERVICIOS NO CUBIERTOS POR MI SEGURO. SI MI CHEQUE ES DEVUELTO POR EL BANCO, SE ME COBRARÁ \$50.00 DE CARGO DE SERVICIO. SI MI CUENTA SE ATRASA EN EL PAGO, ACEPTO PAGAR TODOS LOS COSTOS RELACIONADOS CON UNA AGENCIA DE COBRANZA, INCLUIDOS LOS HONORARIOS RAZONABLES DE ABOGADOS. TAMBIÉN SOY CONSCIENTE DE UNA TARIFA DE NO PRESENTACIÓN DE \$25.00, SI NO CANCELO CUALQUIER CITA FUTURA DENTRO DE 24 HORAS PREVIAS AL EXAMEN.

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Fecha

Nombre del Paciente

Firma(adulto 18 anos)

Nombre del Padre