

FORTH WORTH EYE ASSOCIATES

Consentimientos del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

COBRAMOS UNA CUOTA DE \$25 PARA TODAS LAS CITAS PÉRDIDAS SIN CANCELAR.

SERVICIO DE REFRACCION Y CUOTA

(Receta de Lentes)

Una de las partes más importantes de su examen hoy es la refracción. Esta es la parte del examen donde se determina si su vista mejorara con una receta nueva de lentes. También se determina como mejorar su vista y la salud de su ojo, que es una parte muy esencial de su información médica. Este servicio NO es cubierto por Medicare o cualquier otro plan de aseguranza. La mayoría de los planes de aseguranza consideran la refracción un servicio de “visión” no un servicio “medico”. Al menos que su plan automáticamente cubra la cuota de refracción (\$25), se cobrara al momento de la visita. La **cuota de \$25** será agregada a su co-pago cuando se le cobre por su visita.

He leído la información y entiendo que la refracción no será un servicio cubierto. Acepto este costo de servicio solo si se determina que una receta nueva de lentes es necesaria para mejorar mi vista. Como una cortesía enviaremos este cobro a su plan de aseguranza, pero si el plan NO cubre este costo, usted será responsable.

Consentimiento para tratar

Autorizo a Fort Worth Eye Associates que dilaten y examinen mis ojos para así poder tener un examen de oftalmología completo. Entiendo que si no acepto, no puedo recibir un examen completo de acuerdo a la guía dictada por la Academia Americana de Oftalmología.

Estudiantes de Medicina

Entiendo que en ciertas ocasiones se encontraran estudiantes de medicina **OBSERVANDO** al doctor; y aprenderán de mi examen de ojos. Los estudiantes de medicina NO participaran en mi tratamiento médico.

Recordatorios de Citas

Entiendo que Fort Worth Eye Associates utiliza tarjetas postales para notificarme de citas pérdidas o para recordarme cuando hacer mi cita anual. También puede usar tarjetas para notificarme de cualquier cambio que haiga en mi cita.

Tiene derecho a rechazar cualquiera o todos los anteriores.

Firma de Paciente o Parte Responsable: _____