

Consentimiento para Tratar RGW\_NP\_F101

Por la presente autorizo a los empleados y agentes de The Retina Group of Washington, PLLC ("RGW"), un afiliado de PRISM Vision Group, incluyendo médicos, asistentes médicos, enfermeras practicantes, y otros empleados y miembros del personal a hacer evaluaciones médicas y cuidar al paciente indicado a continuación. La duración de este consentimiento es indefinida y continuará hasta ser revocado por escrito. Yo entiendo que, al no firmar este consentimiento, el/la paciente no recibirá atención médica, excepto en el caso de una emergencia.

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Paciente (Letra de IMPRENTA por favor)**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente, Padre, o Tutor Legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

***Complete esta sección SÓLO si el paciente es menor de edad o requiere un tutor legal***

Doy mi consentimiento a \_\_\_\_\_ para autorizar la evaluación y tratamiento para el/la paciente identificado(a) anteriormente en caso de yo no estar disponible. Entiendo que esto autoriza a la persona anteriormente mencionada a conceder los procedimientos médicos y quirúrgicos e inmunizaciones para el/la paciente. La duración de este consentimiento es indefinida y continuará hasta ser revocado por escrito.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente, Padre, o Tutor Legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

Responsabilidad Financiera RGW\_NP\_F102

Por la presente autorizo a The Retina Group of Washington, PLLC ("RGW"), un afiliado de PRISM Vision Group, a solicitar beneficios en mi nombre y para el pago de los beneficios médicos directamente a RGW por los servicios prestados. Yo solicito que los pagos de Medicare, Medigap y/o alguna otra aseguradora se realicen directamente a RGW. Autorizo para que la información contenida en el registro médico del paciente o de la aseguradora del paciente (o sus empleados o agentes) sea proporcionada según sea necesario para procesar y completar el reclamo médico del paciente. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos por los servicios prestados que pueden incluir servicios no cubiertos por las aseguradoras del paciente. Estoy de acuerdo que todos los montos se deben pagar cuando sean solicitados y sean pagados a RGW. Además, entiendo que, si el saldo de mi cuenta se vuelve moroso y es enviado a un cobrador, acepto pagar 30% más del saldo o \$50 USD, lo que sea mayor. También entiendo que se aplicará un cobro de \$35 si mi banco devuelve el cheque.

La duración de esta autorización es indefinida y continuará hasta ser revocado por escrito. Entiendo que, al no firmar esta divulgación de información, soy responsable del pago total de los servicios, antes de que sean prestados.

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Paciente (Letra de IMPRENTA por favor)**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente, Padre, o Tutor Legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

Método Preferido de Comunicación RGW\_NP\_F104

**Si, yo quiero que The Retina Group of Washington, PLLC ("RGW"), un afiliado de PRISM Vision Group, comunique mi información conmigo a través de un sistema seguro diseñado para mantener mi información segura.**

Mi método preferido de comunicación con respecto a mis **condiciones médicas y/o información de citas** se indica a continuación:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Teléfono (Casa)          | <input type="checkbox"/> Teléfono Celular | <input type="checkbox"/> Teléfono (Trabajo) |
| <input type="checkbox"/> Carta enviada por correo | <input type="checkbox"/> Tutor            | <input type="checkbox"/> Correo Electrónico |

Si el método de comunicación anterior es por **teléfono**, haga una de las siguientes cosas (**por favor escoja UNA**):

- Dejar un mensaje con información detallada.
- Dejar un mensaje solamente con un número de teléfono para llamar.

Si el método de comunicación anterior es por **correo electrónico**, por favor considere las implicaciones de privacidad; como, por ejemplo, alguna otra persona que pueda tener acceso a su correo electrónico, tal como su empleador, que puede tener el derecho y/o la habilidad para revisar todo el correo recibido en su correo electrónico del trabajo.

**Por favor déjenos saber si usted tiene instrucciones especiales o solicitudes con respecto a nuestra comunicación con usted. Por ejemplo, déjenos saber si le gustaría que lo/la llamáramos a un número de teléfono diferente para un resultado de examen específico o si no desea que lo/la contactemos en absoluto.**

Contactos Aprobados para HIPAA RGW\_NP\_F105

Mantener la privacidad de la información de nuestros pacientes es importante para nosotros, y por defecto solamente revelaremos la información relacionada con la cuenta de facturación y las condiciones médicas del paciente al paciente o tutor legal.

Si le gustaría agregar contactos adicionales, fuera del paciente o tutor legal, al que RGW pueda revelar este tipo de información, por favor complete las casillas a continuación, y seleccione las casillas apropiadas según su aprobación para cada persona que haya incluido. Si la fecha de finalización se deja en blanco, entonces la duración de esta autorización es indefinida a menos que sea revocada por escrito.

_____	_____	_____	_____
Nombre del Contacto	Relación con el Paciente	Teléfono del Contacto	Fecha de Finalización
<input type="checkbox"/> Información de la cuenta de facturación	<input type="checkbox"/> Información de la condición médica	<input type="checkbox"/> Contacto de Emergencia	

Notas Adicionales: \_\_\_\_\_

_____	_____	_____	_____
Nombre del Contacto	Relación con el Paciente	Teléfono del Contacto	Fecha de Finalización
<input type="checkbox"/> Información de la cuenta de facturación	<input type="checkbox"/> Información de la condición médica	<input type="checkbox"/> Contacto de Emergencia	

Notas Adicionales: \_\_\_\_\_

RGW\_NP\_F107

Aviso de Practicas de Privacidad y Acuse de Recibo

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

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

*El Aviso de Prácticas de Privacidad describe como la información de salud protegida (PHI) sobre usted puede ser utilizada y revelada, y como usted puede tener acceso a esta información. Por favor revisar cuidadosamente.*

The Retina Group of Washington, PLLC (“RGW”), un afiliado de PRISM Vision Group, está obligado por ley a proteger la privacidad de la información de salud que pueda revelar su identidad y a proporcionarle una copia de este aviso, que describe las practicas de privacidad de información de salud de nuestra Práctica, su personal médico y proveedores de atención medica afiliados que conjuntamente realizan actividades y operaciones comerciales con nuestra Practica. “Información de Salud Protegida” (PHI), es información sobre usted, incluyendo información demográfica que puede identificarlo a usted, así como información genética, e información que se relacione con su salud física o mental del pasado, presente o futuro y servicios relaciones a la salud.

En \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Yo, \_\_\_\_\_, recibí una copia del Aviso de Practicas de Privacidad de esta Oficina.  
(Fecha de Hoy) (Nombre del Paciente)

\_\_\_\_\_  
Letra de IMPRENTA por favor

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
**Solo para Uso de la Oficina**

Intentamos obtener un reconocimiento de recibo por escrito de nuestro Aviso de Practicas de Privacidad, pero no se pudo obtener el reconocimiento porque:

- El individuo se rehusó a firmar
- La barrera de comunicación prohibió obtener el reconocimiento
- Una situación de emergencia nos impidió obtener reconocimiento
- Otra (Por favor Especificar)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
***Este formulario de reconocimiento formará parte de su registro médico permanente.***

## INFORMACIÓN SOBRE LAS GOTAS PARA LOS OJOS QUE DILATAN

Las gotas de dilatación se utilizan para dilatar o agrandar las pupilas del ojo para permitir que el oftalmólogo obtenga una mejor vista del interior de su ojo.

Las gotas de dilatación con frecuencia desdibujan la visión durante un período de tiempo, que varía de persona a persona y puede hacer que las luces brillantes sean molestas. No es posible que su oftalmólogo prediga cuánto se verá afectada su visión. Debido a que conducir puede ser difícil inmediatamente después de un examen, es mejor si hace arreglos para no conducir usted mismo.

La reacción adversa, como el glaucoma agudo de ángulo cerrado, puede desencadenarse a partir de las gotas de dilatación. Esto es extremadamente raro y tratable con atención médica inmediata.

Por la presente autorizo al Dr. \_\_\_\_\_ Las gotas para los ojos son necesarias para diagnosticar mi condición.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha