

Consentimiento / Cesión de Beneficios / Responsabilidad Financiera

Doy mi consentimiento para el examen, diagnóstico y tratamiento por parte de Eagle Rock Eyecare LLC.

Autorizo la divulgación de la información médica necesaria para tramitar las reclamaciones al seguro y cedo los beneficios directamente al proveedor. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos no cubiertos por el seguro.

Reconozco que los copagos y deducibles deben abonarse al finalizar la visita. El seguro es un contrato entre el paciente y la compañía aseguradora. Entiendo que es posible que mi plan de seguro no cubra todos los servicios, incluidas las refracciones (\$60.00), los exámenes de retina, las adaptaciones de lentes de contacto o los materiales. Los saldos pendientes de pago podrán ser remitidos a una agencia de cobranza si no se liquidan en su totalidad.

Nombre del paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Imagen de Retina y Dilatación: Consentimiento o Rechazo

Nuestro protocolo de atención incluye la obtención de imágenes digitales que capturan una imagen rápida y de alta resolución de la retina (hasta 200°) sin necesidad de dilatación (\$39.00). Este procedimiento permite detectar desgarros o desprendimiento de retina, glaucoma y afecciones como diabetes e hipertensión. Como alternativa, ofrecemos un examen con dilatación. La dilatación requiere entre 20 y 30 minutos adicionales; los efectos secundarios de las gotas dilatadoras incluyen visión borrosa y sensibilidad a la luz durante 4 a 6 horas. Si rechazo ambas opciones, asumo todos los riesgos asociados a la falta de detección, diagnóstico o tratamiento de cualquier problema ocular interno. Seleccione UNA opción:

☐ Imagen de retina sin gotas ☐ Dilatación con gotas ☐ Rechazo tanto la imagen como la dilatación

Nombre del paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Acuse de Recibo de la Receta de Graduación Visual

Confirmando que se me ha entregado una copia de mi receta de gafas y de mi receta de lentes de contacto (si corresponde) tras el examen de la vista.

Nombre del paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____