



## CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Con mi firma abajo, concedo permiso a Heaton Eye Associates para dar tal cuidado que el médico pueda juzgar apropiado para tratamiento y diagnóstico de mí mismo o de mi hijo/a. Doy permiso que mis ojos o los ojos de mi hijo/a sean dilatados si el doctor decide que es necesario.

He leído el AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD y he tenido cualquier pregunta contestada por esta oficina. Entiendo que firmando esta forma consiento a lo siguiente:

- Intercambio de información con objetivos de tratamiento: la información acerca de mi salud o la salud de mi hijo/a puede ser usada por Heaton Eye Associates o ser revelado a otros profesionales de la asistencia médica para la evaluación de mi salud o la salud de mi hijo/a, diagnosticar enfermedades o para coordinar y administrar el tratamiento.
- Intercambio de información con objetivos de pago: la información de mi salud o de la salud de mi hijo/a puede ser usada para buscar el pago de mi seguro, de otras fuentes de cobertura como el seguro de carro, o de compañías de la tarjeta de crédito que puedo usar para pagar por estos servicios.
- Intercambio de información con objetivos para operaciones: la información de mi salud o la salud de mi hijo/a puede ser usado si es necesario con objetivos comerciales para apoyar las operaciones cotidianas de Heaton Eye Associates (incluso, pero no limitado al proceso de credencialización, revisión anual, acreditación y conforme a todas las leyes federales y estatales).

Por este medio asigno mi seguro del plan de salud (médica o de la visión) u otras aseguranzas aplicables para la cirugía o cuidado médico para mí mismo o mi niño/a a Heaton Eye Associates.

Entiendo que soy responsable de la conformidad con los estándares y normas expuestas en mi plan del seguro médico o del plan de mi hijo/a y entiendo que seré responsable de todos los deducibles, honorarios no reembolsables u honorarios del servicio no cubierto por mi plan de seguro o el plan de mi hijo/a.

Yo doy libremente mi consentimiento. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento si la revocación es por escrito. Cualquier uso o revelación que ha ocurrido antes de la fecha de mi revocación del consentimiento no se afectará.

---

Nombre del paciente (imprimen por favor)

---

Firma del paciente/ guardián

Relación al paciente

Fecha