**Consentimiento para la refracción**

* La refracción es la parte del examen que determina si la corrección es necesaria o no para mejorar la vista o la alineación del ojo del paciente.
* Se realiza durante cada examen de Paciente Nuevo y periódicamente según sea necesario, generalmente una vez al año.
* Se requiere refracción para escribir una receta de anteojos o lentes de contacto. Tenga en cuenta que, en algunos casos, la refracción muestra que no se necesitan lentes correctivos o que no es necesario cambiar los lentes actuales.
* La refracción es una parte crítica del examen de la vista, y sin hacer una refracción, el oftalmólogo no podrá determinar si los problemas tales como la desalineación ocular, la visión doble, los dolores de cabeza, la visión borrosa, el cansancio ocular o la detección fallida de la visión pueden ayudarse con la corrección. lentes, o con un cambio en las lentes correctivas actuales.
* La refracción NO es un servicio cubierto por la mayoría de los planes de seguro, incluido Medicare. Estos planes consideran la refracción un "servicio de la vista" y no un "servicio médico". Nuestra tarifa por refracción es de $ 50.00 y, a menos que su plan cubra automáticamente la refracción, esta tarifa se cobra al momento del servicio, además de cualquier copago requerido por su plan. Si su plan cubre inesperadamente la refracción, se lo reembolsaremos.

He leído la información anterior y entiendo que mi plan de seguro puede no cubrir el costo de una refracción. Acepto pagar la tarifa de refracción de $ 50, junto con cualquier copago, deducible o coseguro requerido por mi plan, al momento del servicio.

**Iniciales**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Consentimiento para dilatar las gotas oculares**

* Las gotas de dilatación se usan para dilatar o agrandar las pupilas de los ojos para permitir que el oftalmólogo tenga una mejor visión del interior de los ojos de su hijo.
* Las gotas de dilatación frecuentemente nublan la visión por un período de tiempo, que varía de persona a persona, y pueden hacer que las luces brillantes sean molestas. No es posible predecir cuánto se verá afectada la visión de su hijo.
* Las pupilas permanecerán grandes durante varias horas, y puede tomar varios días para volver a un tamaño completamente normal. Las pupilas pueden volver a la normalidad asimétricamente, creando pupilas de apariencia desigual. Esto es normal y no es peligroso.
* La reacción adversa, como el glaucoma agudo de ángulo cerrado o la reacción alérgica, puede desencadenarse por las gotas dilatantes. Esto es extremadamente raro y se puede tratar con atención médica inmediata.

He leído la información anterior y doy mi consentimiento para que mi hijo reciba gotas para los ojos dilatadores. Las gotas para los ojos son necesarias para diagnosticar la condición de mi hijo.

**Iniciales**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Consentimiento para fotografía

* Se toman fotografías para documentar ciertas condiciones oculares.
* Estas fotos médicas pueden compartirse con otros profesionales médicos, según lo considere apropiado el médico tratante.
* La información personal como nombre, edad, dirección o número de historia clínica no se mostrará con las fotos.

He leído la información anterior y acepto la fotografía.

**Iniciales**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Política financiera**

**PAGO** Se espera en el momento de su visita. Aceptamos efectivo, cheque o tarjeta de crédito principal. El pago incluirá cualquier deducible no cubierto, coseguro, monto del copago, cargos no cubiertos por su compañía de seguros. Si no tiene seguro, o si su cobertura está actualmente bajo una cláusula de condición preexistente, se espera el pago total al momento de su visita. Se espera que todos los servicios no archivados se paguen al momento del servicio. Para los pacientes con seguro, los pagos cobrados son una estimación basada en los beneficios que nos brinda su compañía de seguros. Una vez que se hayan procesado los reclamos, si queda algún saldo restante, recibirá una factura por correo.

**POLÍTICA DE SERVICIOS NO CUBIERTOS:** Esta oficina ofrece acceso a muchos servicios y procedimientos innovadores.

algunos de ellos se consideran "no cubiertos" por el seguro. En algunos casos, recibirá un ABN (avanzado

Aviso del beneficiario) para este tipo de servicios / procedimientos antes de que se presten / realicen. Tú serás

responsable del pago total al momento del servicio.

un. Refracciones: un examen refractivo no es un servicio cubierto por la mayoría de las compañías de seguros, incluidas

Seguro médico del estado. Si recibe una refracción, se le cobrará $ 50.00 que se abona en el momento de la visita.

si. Ajuste de lentes de contacto: para recibir una receta de lentes de contacto, se debe realizar un ajuste de lentes de contacto.

Habrá un cargo adicional por la adaptación, que puede o no estar cubierto por el seguro. Según sus beneficios, deberá pagar $ 100.00 por su ajuste completo antes de recibir su receta para lentes de contacto.

**CHEQUES DEVUELTOS** incurrirá en un cargo por servicio de $ 35.00.

**TARIFAS DE FORMULARIOS:**

a. Copias de registros médicos: las solicitudes de copias de registros médicos realizadas por el paciente para su uso personal, para una compañía de seguros, un abogado, etc., incurrirán en una tarifa de copia, según lo ordenado por la ley estatal y son las siguientes, después de completar un formulario de divulgación de registros médicos: $ 25.00 por las primeras 20 páginas $ . 15 por página para páginas adicionales de más de 20 $ 25.00 por los registros de facturación. No hay ningún cargo por los registros que se divulgan a otro médico. Si la tabla debe recuperarse del almacenamiento, el costo será de $ 35.00.

si. Finalización de formularios: los formularios se pueden dejar y los llamaremos cuando estén listos para ser recogidos, o los enviaremos a la persona designada correspondiente. La tarifa para completar el formulario es de $ 20.00.

**RESPONSABILIDAD POR EL PAGO:** Entiendo que, personalmente, soy financieramente responsable ante Knoxville Pediatric Ophthalmology por los cargos no cubiertos por la asignación de los beneficios del seguro y todos los cargos no cubiertos.

**AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO**: Por la presente autorizo a Knoxville Pediatric Ophthalmology a proporcionar información a las compañías de seguros sobre mi enfermedad y tratamientos, y por la presente asigno a Knoxville Pediatric Ophthalmology todos los pagos que de otra forma me serían pagables por los servicios de Knoxville Pediatric Ophthalmology.

**LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN:** Por la presente autorizo y ordeno a Knoxville Pediatric Ophthalmology a divulgar (verbalmente o por escrito) información médica confidencial a cualquier persona, entidad, agencias gubernamentales, compañías de seguros u otras personas que sean financieramente responsables ante Knoxville Pediatric Ophthalmology por los cargos por tratamiento médico y por la calidad. gestión, revisión de utilización, transferencia de atención médica y seguimiento. Entiendo que una copia de este documento puede usarse con la misma eficacia que un original.

**PACIENTES DE AUTO PAGO QUE NO ESTÁN ASEGURADOS:**Los pacientes que pagan por su cuenta se identificarán cuando hagan el contacto inicial con la oficina y se definirán como pacientes que • no tienen cobertura de seguro médico de ningún tipo, incluidos los programas de atención médica federales y estatales como Medicare y Medicaid u otra cobertura de seguro como el seguro proporcionado por una escuela o AFLAC • no reclama responsabilidad de terceros por el tratamiento de atención médica del paciente • no es elegible para la cobertura de compensación laboral; y • no tiene ninguna otra parte responsable que cubra los gastos asociados con la atención recibida de nuestras clínicas Los pacientes que pagan por su cuenta deberán pagar un depósito de $ 225.00 por su visita al momento del check in. Cualquier cargo adicional incurrido se cobrará al momento del check out. Todos los cargos deben pagarse en la fecha del servicio.

**TARIFAS DE FACTURACIÓN Y RECAUDACIÓN:**Knoxville Pediatric Ophthalmology presentará un reclamo de pago a su compañía de seguros. En caso de que su compañía / compañía de seguros niegue los servicios prestados, usted será responsible del pago completo. Agradecemos el pago inmediato en su totalidad por cualquier saldo pendiente. Si su cuenta se transfiere a nuestra agencia de cobranza, usted acepta pagar una tarifa adicional de $ 25.00 para cubrir las tarifas impuestas a la Oftalmología Pediátrica de Knoxville por la agencia de cobranza para cobrar el saldo pendiente.

**PADRES DIVORCIADOS DE PACIENTES**: Al firmar a continuación, el adulto que inscribe a un menor en nuestra práctica el día del servicio acepta la responsabilidad total del pago. No es nuestra política enviar facturas o registros al otro padre / tutor para emitir el pago o la comunicación. Nos comunicaremos sobre el tratamiento y el pago con el padre presente en el momento de la visita. Los padres son responsables entre ellos de comunicarse entre sí sobre el tratamiento y los problemas de pago.

**POLÍTICA DE NO SHOW:**Entendemos que surgen situaciones en las que debe cancelar su cita. Por lo tanto, se solicita que si debe cancelar su cita, proporcione un aviso de más de 24 horas. Los pacientes que no se presenten ni brinden más de 24 horas de anticipación se consideran NO SHOW. Los pacientes que no se presenten tres (3) o más veces, pueden ser despedidos de la práctica.

**DESCARGO DE RESPONSABILIDAD:**Knoxville Pediatric Ophthalmology no considera que un individuo que busca tratamiento sea un paciente hasta que se complete una evaluación preliminar y se le haya notificado que ha sido aceptado como paciente; simplemente hacer una cita no inicia automáticamente la relación médico-paciente.

He leído y entiendo las políticas financieras y de consultorio de la práctica y estoy de acuerdo en estar sujeto a sus términos mientras sea paciente aquí, en Knoxville Pediatric Ophthalmology. También entiendo y acepto que dichos términos pueden ser modificados por la práctica en cualquier momento.

**No presentamos un seguro de visión ni estamos acreditados con seguros de visión. Solo presentamos un seguro médico y presentamos reclamos médicos utilizando códigos de diagnóstico médico.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del paciente / garante / tutor Fecha**

Doy permiso para que las siguientes personas traigan a mi hijo para recibir atención médica.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

