



CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Si firma este formulario de Consentimiento y Autorización en el espacio de abajo, usted está de acuerdo, ya sea para sí mismo en calidad de paciente o en nombre del paciente identificado arriba, con lo siguiente:

- Entiendo que estoy designando a The Eye and Vision Center para mi atención oftalmológica y que allí me examinarán y me brindarán atención en función de mi diagnóstico y mis objetivos. Autorizo y ordeno a The Eye and Vision Center que me proporcione dicho examen y atención.
- Soy consciente de que The Eye and Vision Center forma parte de la Facultad de Optometría de la MCPHS University, una institución de educación superior en la que los estudiantes reciben educación y formación en optometría. Doy mi consentimiento para que el cuerpo docente y los estudiantes de la Facultad de Optometría de la MCPHS University realicen los exámenes y las pruebas que sean necesarios, entre los que se incluyen imágenes oculares, el control de la presión y campos visuales.
- Entiendo y acepto que la información de salud protegida obtenida como resultado de este examen y tratamiento puede utilizarse o divulgarse con el propósito de avanzar en los objetivos educativos de la MCPHS University, incluida la formación de estudiantes de la Facultad de Optometría.
- Comprendo y acepto que la Facultad de Optometría de la MCPHS University puede utilizar y divulgar con fines de investigación mis datos anonimizados, entre los que se incluyen los datos de exámenes clínicos, diagnósticos o tratamientos.
- Doy mi consentimiento y permiso a los empleados y estudiantes de la Facultad de Optometría de la MCPHS University para que tomen y publiquen fotografías mías o del paciente identificado anteriormente para fines educativos, de investigación y de otro tipo que promuevan los objetivos educativos de la Facultad de Optometría de la MCPHS University. [Marque una opción]:
 Sí No
- Si el inglés no es mi lengua materna, confirmo que se me ofrecieron y proporcionaron los servicios de un intérprete o de traducción, en caso de haberlos solicitado. [Marque una opción]:
 Sí No N/A
- Autorizo que los beneficios de mi seguro, incluido Medicare o Medicaid, se paguen directamente a The Eye and Vision Center. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. También autorizo a The Eye and Vision Center a divulgar cualquier información necesaria para tramitar las reclamaciones de mi seguro. [Marque una opción]:
 Sí No N/A
- Entiendo las declaraciones y los acuerdos establecidos en este formulario de Consentimiento y Autorización. Entiendo que tengo derecho a que mi médico responda a las preguntas que pueda tener en lo que respecta a mi tratamiento y estoy de acuerdo con que se han respondido todas mis preguntas. Reconozco y acepto que The Eye and Vision Center tiene derecho a negarse a proporcionar atención.

Firma del paciente o de su tutor legal Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta del tutor legal (si procede) _____

Firma del intérprete (si procede) Fecha: _____