



## **INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE/FAMILIA (continuación)**

Paciente/historia medica familiar: (Incluyendo padres, abuelos, hermanos, tías y tíos)

Ojos cruzados:	<input type="checkbox"/> Paciente	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Otros (relacion): _____
Ojo vago:	<input type="checkbox"/> Paciente	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Otros (relacion): _____
Precocidad:	<input type="checkbox"/> Paciente	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Otros (relacion): _____
Glaucoma:	<input type="checkbox"/> Paciente	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Otros (relacion): _____
Ceguera:	<input type="checkbox"/> Paciente	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Otros (relacion): _____
Enfermedad cardiacas:	<input type="checkbox"/> Paciente	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Otros (relacion): _____
Diabetes:	<input type="checkbox"/> Paciente	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Otros (relacion): _____

---

### **CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO**

Por la presente doy mi consentimiento para que el médico y/o la persona capacitadas para proveer el tratamiento y para administrar medicamentos. Le autorizo a prestarme asistencia médica adecuada y razonable en cuanto a los estándares de hoy en día. Entiendo que no hay garantía o seguro en cuanto a los resultados que pueden obtenerse.

### **AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN**

Por la presente autorizo tratamiento ocular a los niños, L.L.C., para proporcionar a mi compañía de seguros toda la información, la cual dicha empresa, puede solicitar con respecto a mi condición médica o lesión. Estoy de acuerdo en que tanto la fotocopia de este documento, como mi autorización original, se considerarán igualmente auténticos.

### **ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS**

Por medio de mi firma en la presente autorizo el pago de beneficios médicos/de visión por mi compañía de seguros para cuidado de los ojos de los niños, L.L.C., por los servicios prestados.

### **ACUERDO FINANCIERO**

Todos los cargos, incluidos los co-pagos deben ser pagados una vez finalizada la visita al consultorio. Las reclamaciones de seguros serán sometidos a dichas compañías de seguros en la que los niños de cuidado de los ojos, L.L.C., participa. Si no recibimos el pago por los servicios prestados en un periodo de 90 días después del recibo del pago del seguro, la cuenta será transferida a una agencia de colección.

### **CESIÓN LEGAL**

Por medio de mi firma en este documento entiendo que soy responsable de los cargos que mi compañía de seguro no cubre.

---

**Mediante mi firma certifico que he leído los párrafos anteriores y soy el paciente, padre o tutor del paciente, o estoy debidamente autorizado para ejecutar y aceptar sus términos .**

\_\_\_\_\_  
Escribir Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Paciente / Firma Responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo