

# Pediatric Eye Specialists

## Forma de Firmas para Autorización

**Nombre del Paciente** \_\_\_\_\_

### **Liberación de Información**

Autorizo a los proveedores de Pediatric Eye Specialists, LLP que liberen cualquier información obtenida durante el curso de el tratamiento y/o mi evaluación/ la evaluación de mi hijo(a) a la compañía de mi seguro médico, a previo(s) médico(s) y/o abogado(s). Además autorizo a cualquier otro proveedor médico de servicios que libere detalles completos de la condición por la cual busco tratamiento con Pediatric Eye Specialists, LLP.

\_\_\_\_\_  
Iniciales

### **Pago Directo**

Autorizo el pago directo a Pediatric Eye Specialists, LLP por la cantidad debida en la reclamación pendiente mía/ de mi hijo(a) de gastos médicos permitidos bajo las condiciones de mi seguro médico. Acepto que soy responsable por cualquier provisión o servicio que no sea cubierto por mi seguro.

\_\_\_\_\_  
Iniciales

### **Pago del Balance**

Acepto que soy responsable por cualquier balance no pagado por mi seguro o cualquier otra tercera persona. Entiendo que si no logro resolver cualquier balance determinado a ser mi responsabilidad, éste puede ser reportado a una agencia de crédito.

\_\_\_\_\_  
Iniciales

### **Autorización de Fotografiar—Liberación de Historial Clínico**

Autorizo a los proveedores de Pediatric Eye Specialists, LLP que tomen fotografías clínicas como sean necesarias con el entendimiento que el fin de dichas fotografías es formar parte de un historial clínico confidencial. Si mi seguro requiere el registro o historial médico fotográfico para procesar mi reclamación, autorizo la liberación de esas fotografías para ese propósito.

\_\_\_\_\_  
Iniciales

### **Cambio de Información**

Usaré lo mejor de mis esfuerzos para informar a Pediatric Eye Specialists, LLP de cualquier cambio en mi información (dirección, número(s) de teléfono, seguro médico) en una manera oportuna. Si no logro notificar a Pediatric Eye Specialists, LLP de algún cambio en mi seguro médico, acepto que seré responsable por cualquier cargo no permitido debido a mi falta de obtener cualquier permiso o autorización necesaria. Reconozco que ésta es mi responsabilidad cuando busco el cuidado de un especialista.

\_\_\_\_\_  
Iniciales

**He leído y entendido por completo las declaraciones anteriormente citadas. Estoy de acuerdo con que estoy obligado, y por este medio doy mi consentimiento.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Guardián Adulto

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Paciente Adulto

\_\_\_\_\_  
Fecha