



GRAND RAPIDS OPHTHALMOLOGY

Eye Care | Surgery | Laser Correction

Permiso para Tratar Pacientes de Menor Edad (17 años o menos)

Este formulario se puede usar para los pacientes ya establecidos de Grand Rapids Ophthalmology. Pacientes *nuevos de menor edad* a nuestra práctica tienen que ser acompañados por uno de los padres o un guardián legal.

Yo, el/la abajo firmante _____ padre/madre _____ guardián legal, por la presente, da Grand Rapids Ophthalmology permiso de tratar a _____, para cualquier problema de la visión u otro problema relacionado con los ojos usando cualquier tratamiento de oftalmología que Grand Rapids Ophthalmology considere necesario. Esto puede incluir exámenes que son necesarios en diagnosticar la condición que el paciente este aquí para evaluar. Este permiso es válido por un año desde la fecha de hoy, o hasta _____, _____, que es menos de 1 año de la fecha anotado abajo.

Responsabilidad Financiera

Seré financieramente responsable por cualquier cargo relacionado con esta visita, y visitas siguientes, hasta la fecha de terminación especificada arriba. Esto se logrará a facturar el plan de seguro o a la persona/parte responsable (es decir padre o guardián legal).

Además, autorizo la divulgación de sus archivos médicos por el propósito de obtener pago o por cualquier tratamiento adicional que sea necesario.

Nombre Imprimido _____ Fecha _____

Firma de padre o guardian _____

Parentesco al paciente _____

Consentimiento verbal dado por: _____ Fecha: _____