

CONSENTIMIENTO PARA EL CUIDADO Y EL TRATAMIENTO:

Entiendo que el paciente, que puede definirse como yo, mi hijo o un niño por el que tengo responsabilidad legal, necesita atención y tratamiento médico y doy mi consentimiento para dicho tratamiento en Milauskas Eye Institute. El tratamiento proporcionado por proveedores médicos, enfermeras y asistentes médicos en Milauskas Eye Institute puede incluir evaluación y gestión, pruebas de laboratorio y de otro tipo; atención y procedimientos médicos, de enfermería y de asistencia médica de rutina. Entiendo que se pueden tomar fotos o videos del paciente en relación con dicho tratamiento, y para la mejora operativa y de calidad.

No hay Garantía: Reconozco que no se ha dado ninguna garantía o aval con respecto al tratamiento o los servicios que serán proporcionados por Milauskas Eye Institute. Entiendo que todos los suministros, dispositivos médicos y otros bienes proporcionados al paciente son proporcionados por Milauskas Eye Institute TAL CUAL y Milauskas Eye Institute renuncia a cualquier garantía expresa o implícita.

Derechos del Paciente: Entiendo que una copia de los Derechos y Responsabilidades del Paciente está disponible a petición. Esta información me dice cómo registrar una queja o reclamo que pueda tener, relacionado con el cuidado del paciente en Milauskas Eye Institute.

Pruebas de Enfermedades Transmisibles: Estoy de acuerdo en que si un empleado o proveedor de Milauskas Eye Institute está expuesto a la sangre u otros fluidos corporales del Paciente, de acuerdo con la ley Milauskas Eye Institute, Milauskas Eye Institute puede hacer pruebas al Paciente para determinar la presencia de enfermedades contagiosas, incluyendo el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y la hepatitis. Entiendo que los resultados de estas pruebas serán confidenciales.

Eliminación de la Muestra: Reconozco que Milauskas Eye Institute puede, a su sola discreción, retirar, retener o disponer de cualquier tejido o partes del cuerpo que se le hayan retirado al paciente.

Mensajes de Texto: Entiendo que Milauskas Eye Institute puede proporcionar notificaciones a mi teléfono celular. Estos textos son textos de "No Responder" con fines informativos solamente, y no pretenden ser una forma de comunicación bidireccional. Reconozco que se aplicarán las tarifas y los honorarios estándar de los mensajes de texto, que los mensajes de texto utilizan una red telefónica pública y que no se garantiza una seguridad total, y que cualquier persona con acceso a mi teléfono podrá ver estos mensajes a menos que tome medidas para proteger mi teléfono con una contraseña o un PIN.

Acceder a la Información de la Farmacia: Estoy de acuerdo en que si un empleado o proveedor de Milauskas Eye Institute necesita acceder a la información de mi farmacia, tiene mi permiso para hacerlo.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PACIENTE/CUIDADOR: _____

FECHA: _____

HORA: _____