

AVISO A TODO LOS PACIENTES:

POLICAS Y PROCEDIMIENTOS

Eye Care 4 Kids es una organizacion de caridad, sin fines de lucro. Nuestra clinica es limitada y comprometida en ayudar las familias en la comunidad de bajos ingresos a moderados ingresos en recibir servicios de vision profesional de bajo costo o sin cargo.

Eye Care 4 Kids no es responsable por daños de lentes durante ajustes o reparaciones. No asumiremos responsabilidad por lentes y marcos que son traídos de afuera de nuestra clinica, si estan usados o no.

Siendo una organizacion sin fines de lucro, recommendamos lentes alineados de bifocal. Estos lentes cuestan mucho menos y generalmente mas facil de adaptarse. Eye care 4 Kids no ofrece lentes progresivos o sin linea recta.

Eye Care 4 Kids solicitará información sobre la aseguanza en el momento de la cita.

La estructura de pago es asi:

*Clark County School District (CCSD) estudiantes entre la edad de 4 y 18+ (quien esten inscritos en una escuela tradional de CCSD escuela de adulto no es incluido) pueden tomar ventaja de un (1) examen de ojos sin costo cada ano, en cualquiera de nuestra clinicas en escuelas, y clinica de vision mobile. El examen Incluye un (1) par de lentes de vision sencilla si son necesarios.

*Para estudiantes que no son (CCSD) estudiantes en esculas privadas o escuelas charter con un hermano(a) en (CCSD) tambien pueden tomar ventaja de un (1) examen de vision sin costo cada año, mientras este el hermano(a) inscrito a una escuela (CCSD) y incluye un (1) par de lentes de vision senicilla si son necesario.

*Para adultos (edad 18 y mayor) y que tambien no sean estudiantes inscritos en una escuela tradicional o prepa) ay un costo de \$50 por un (1) examen de vision y incluye un (1) par de lentes de vision sencilla.

Estos servicios ofrecidos son costosos y Eye Care 4 Kids trabaja diligentemente en mantener los costos accesibles por eso quien no tenga los recursos para obtener servicios adecuados de vision. Todo son productos de especialidad, servicios agregados o reemplazo de lentes tienen costos adicionales para el paciente / padre/ guardian. Si el paciente tiene una graduacion alta, ay costo adicional. Re-ordenes de lentes tambien ay costos adicionales si una re-orden es necessaria.

Todo los cobros tienen que ser pagados a la hora de servicios. Todas las ventas son finales y no hay devoluciones.

He leído, comprendo y estoy de acuerdo a las condiciones.

INICIALES: _____

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD

Información sobre su tratamiento y cuidado es protegido por la ley federal: La Ley de Portabilidad del Seguro de Salud 1996 (HIPPA). En acordancia de esa ley, la clinica no revelara la informacion protegida del paciente sin la autorizacion y consentimiento escrito permitido por las leyes federales referidas abajo.

1. Para programar el personal con el fin de proporcionar tratamiento y mantener los registros clinicos.
2. Conforme a un acuerdo con un asociado de negocios (i.e. laboratorios clinicos, farmacia, facturacion, servicios etc.)
3. Para la investigacion la auditoria o evaluaciones.
4. Denunciar en delito un delito cometido en las instalaciones del programa o en el personal del programa.
5. Al personal medico en una emergencia psiquiatrica o medica.
6. A las autoridades competentes para denunciar el presunto maltrato o negligencia infantil.
7. Para reporter ciertas enfermedades infecciosas segun lo requerido por la ley estatal.
8. Segun lo permitido por una orden judicial de la corte.

Antes de que la clínica pueda usar o divulgar cualquier información sobre su salud de una manera que no se describe anteriormente primero debe obtener su consentimiento específico por escrito lo que le permite hacer la divulgación.

Firma del paciente (menor): _____ Fecha: _____

Firma del tutor principal (paciente menor): _____ Fecha: _____