



Autorización para el Examen de la Vista *Kindness to Prevent Blindness*

Autorización: Autorizo a *Kindness to Prevent Blindness (K2PB) & Boling Vision Center* o proveedor médico aprobado (Proveedor) que en mi ausencia, le proporcionen los siguientes servicios al niño (Paciente) por el cual soy el padre custodio o guardián legal para cualquier examen, consulta y tratamiento necesario que le rindan al menor de edad nombrado bajo la supervisión de los Médicos de *Boling Vision Center* o proveedor médico aprobado. Esto incluye el uso de gotas durante el examen, para dilatar los ojos. Las gotas para dilatar los ojos contienen medicamento para agrandar (dilatar) la pupila del ojo. Una pupila grande permite que el médico examine la parte interior del ojo para diagnosticar y poner bajo tratamiento condiciones subyacentes del ojo. Las gotas, también relajan los músculos de enfoque del ojo para medir el error refractivo (la necesidad de lentes) en los niños. Por lo regular, las gotas de dilatación que se utilizan para examinar los ojos, duran de 4 a 24 horas, dependiendo de la fuerza de la gota y del paciente individual. La dilatación de la pupila suele durar más tiempo en las personas de ojos claros. Ocasionalmente, los ojos de un niño pueden quedarse dilatados por más de 24 horas, ya que para poder medir el error refractivo correctamente, los niños requieren gotas más fuertes y duraderas que las gotas que son para adultos. Después de la dilatación, podría notar sensibilidad a la luz y visión borrosa (especialmente para tareas cercanas). Ambos efectos secundarios se desaparecen gradualmente. Gafas para el sol podrían ayudar después de un examen de dilatación del ojo. Los niños pueden regresar a clases inmediatamente después del examen y se les avisara a los maestros que la visión estará borrosa temporalmente cuando él/ella este leyendo. Es muy raro que tengan una reacción alérgica a las gotas que se utilizan para el examen pero una reacción podría incluir hinchazón del párpado y ojos rojos. Al concluir el examen de mi hijo, las medidas de él/ella determinaran si necesita o no necesita lentes. Si mi niño, nombrado a continuación, necesita lentes, autorizo que el médico le proporcione lentes correctivos. Al menos que yo haya hecho arreglos previos para estar presente y estoy allí cuando se lleve a cabo el examen, los servicios estarán proporcionados sin mi presencia. *Kindness to Prevent Blindness & Boling Vision Center* o proveedor médico aprobado podría enviarme mensajes de texto acerca del programa *Kindness to Prevent Blindness*.

Consentimiento: Yo soy el padre o guardián legal del Paciente. He leído este documento y lo estoy firmando libremente. Al firmar este documento, entiendo las consecuencias legales, las cuales incluyen (a) dar mi consentimiento para el tratamiento de mi hijo por *Kindness to Prevent Blindness*, (b) libero a *Boling Vision Center* o proveedor médico aprobado y el distrito escolar de toda responsabilidad mía y del Paciente, (c) renuncio mi derecho y la del Paciente a demandar las entidades mencionadas anteriormente. Estoy de acuerdo a los términos de este documento. En cualquier momento, puedo retirar este consentimiento escrito.

He repasado el Aviso de Practicas de Privacidad (NPP) a continuación y doy mi consentimiento que se libere la información en el expediente médico de mi hijo. Autorizo la liberación de dicha información por parte del Proveedor a cualquier pagador responsable y/o proveedor de servicios administrativos y sus subcontratistas para el uso relacionado con el tratamiento de mi hijo y para el cuidado de su salud. Doy mi consentimiento que se compartan los datos (no los datos individuales) del examen de la vista y los resultados de mi hijo.

Apellido del Paciente/Estudiante: _____ Primer Nombre: _____

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Nombre del Padre/Guardián en letra Molde: _____

Número Telefónico del Padre/Guardián: _____ Correo Electrónico: _____

Visite www.k2pb.org para obtener más información o para bajar este formulario.

Comunicación: Su proveedor de servicio inalámbrico podría cobrar tarifas de mensajes y/o datos; para suspender, responda "STOP" a cualquier mensaje que reciba de nosotros. No compartiremos ni venderemos su información a organizaciones fuera del Programa *Kindness to Prevent Blindness* o sus Socios. Al firmar este Formulario de Autorización, usted acepta recibir llamadas telefónicas pregrabadas y/o automatizadas acerca del programa *Kindness to Prevent Blindness* a los números telefónicos que haya proporcionado en este formulario de consentimiento. Al firmar este formulario de autorización, usted autoriza recibir recordatorios importantes sobre el examen de vista de su hijo a través del número telefónico y correo electrónico que proporcionó.

Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA (NPP): HIPAA es un acrónimo para la "Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud." HIPAA se promulgó para garantizar la privacidad y el manejo confidencial de la información médica para todos los pacientes en los Estados Unidos. HIPAA aplica a todos los proveedores de servicios de salud médica y mental.

Como Compilamos Información Acerca de Usted: *Kindness to Prevent Blindness* (K2PB) y su personal, socios de servicio y voluntarios copilan datos a través de varios medios, lo cual incluye pero no está necesariamente limitado a: cartas, llamadas telefónicas, correos electrónicos, correos de voz y la presentación de las solicitudes que se requieren por la ley o las que son necesarias para procesar las solicitudes y otras peticiones de asistencia a través de nuestra organización.

Lo Que No Hacemos Con Su Información: Mantenemos la confidencialidad más estricta, sobre la información que usted nos proporciona acerca de su situación económica y sus condiciones médicas, a través de correo electrónico, por teléfono (esto incluye la información que se deja en los correos de voz), incluida o adjunta en las solicitudes, o que nos hayan dado directamente o indirectamente.

No proporcionamos, intercambiamos, alquilamos, vendemos, prestamos, ni difundimos ninguna información confidencial sobre los pacientes que solicitan o reciben nuestros servicios, que estén restringidas por la ley, o que hayan sido específicamente restringidas por el paciente/cliente en un formulario de consentimiento HIPAA.

Como Utilizamos Su Información: La información solo se utiliza cuando sea necesario brindarles servicios de salud que pueden requerir la comunicación entre K2PB y los proveedores de atención médica, los proveedores de productos o servicios médicos, las farmacias, las compañías de seguros y otros proveedores necesarios para: verificar que su información médica esté correcta; determinar el tipo de suministros médicos o cualquier servicio de atención médica que podría necesitar; o para obtener o comprar cualquier tipo de suministro médico, dispositivo o medicamento.

Si usted solicita o intenta solicitar asistencia y/o servicios a través de nosotros y proporciona información con la intención o el propósito de fraude o que resulta en un delito de fraude por cualquier motivo, que incluye los actos de negligencia intencional o que no sea intencional o que de alguna manera demuestre o indique un intento de fraude, su información que no sea médica se podría entregar a las autoridades legales que incluyen la policía, investigadores, las cortes y/o abogados u otros profesionales legales, así como cualquier otra información que la ley permita.

Información Que No Compilamos: No utilizamos "cookies" en nuestro sitio web para copilar datos de los visitantes a nuestro sitio. No copilamos información acerca de los visitantes del sitio con la excepción de un contador de las visitas a la página principal (OneCityOneMission.org) que simplemente registra el número de visitantes pero ningún otro dato.

Derecho Limitado al Uso de Información Personal que No Sea Identificable Como las Biografías, Cartas, Notas y Otras Fuentes: Cualquier foto, historia, carta, biografía, correspondencia o nota de agradecimiento que nos envíe se convierte la propiedad exclusiva de K2PB. Reservamos el derecho de utilizar información que no identificaría a nuestros clientes (aquellos que reciben servicios o productos a través de nosotros) para fines de recaudación de fondos y propósitos de promociones que están directamente relacionadas con nuestra misión.

Visite www.k2pb.org para obtener más información o para bajar este formulario.

Los pacientes y/o sus guardianes no serán recompensados por el uso de esta información y no se utilizará ninguna información de identificación (fotografías, direcciones, números telefónicos, información de contacto, apellidos o nombres que los identificarían) sin el permiso previo del cliente. Usted puede solicitar específicamente que NO se utilice NINGUNA información con fines promocionales, pero debe identificar las restricciones solicitadas por escrito. Respetamos su derecho a la privacidad y le aseguramos que ninguna información de identificación o fotos que nos envíe serán utilizadas públicamente sin su consentimiento directo o indirecto.

Visite www.k2pb.org para obtener más información o para bajar este formulario.