

VISION Consent for Treatment:

***Español en el otro lado**

I am voluntarily seeking vision care and hereby consent to a vision prescription exam at Utah Partners for Health (UPFH) Mobile Vision Clinic. I have the right to refuse specific treatments and this agreement can be revoked by me at any time with written notification and is valid until revoked.

I authorize the employees of UPFH to render vision care and vision related services. I understand that UPFH is committed to offering quality care to all patients regardless of race, ethnicity, religion, sex or age.

I understand that my vision records and information related to my care at UPFH Mobile Vision Clinic is confidential. Patients with household incomes below 200% of the Federal Poverty Guidelines qualify to have their services discounted according to our sliding fee discount scale (SFDS). Fee waivers are also available for most services at our Mobile Vision Clinic for those who qualify for the SFDS.

By completing and signing the form below, you are granting consent to Utah Partners for Health to provide you with an eyeglass prescription exam and glasses if needed.

PLEASE FILL IN THE FOLLOWING INFORMATION: Questions? Call: 385-212-4802

PATIENT INFORMATION (Please Print)

Name:	Date of Birth:	Sex: M/F
Age:	Race:	Ethnicity: Non-Hispanic / Hispanic
Home Address:	City:	State: Zip:
Primary Phone:	Monthly Household Income: \$	Number living in household:

GUARANTOR (if patient is under 18) INFORMATION (Please Print)

Name:	Date of Birth:	Sex: M/F
Primary Phone:		

AGREEMENT AND TERMS FOR ACCEPTING VISION CARE AND PRIVACY PRACTICES

By signing below, I agree that in exchange for receiving vision care services, I waive my right to sue or otherwise seek a monetary recovery from Utah Partners for Health and its employees/ health care professional volunteers for professional negligence, except for acts or omissions that are grossly negligent or willful and wanton. You may request further information from UPFH regarding this statement by calling 385-212-4802. I understand fully the rights I am giving up. I understand that this waiver has been made for the purpose of complying with Utah Code Annotated 58-13-3 that permits me to waive my rights in exchange for receiving uncompensated health care services.

The eye glass prescription THAT MAY BE provided by UPFH should NOT IMPLY that a complete, nor comprehensive, eye function or eye health examination has been done. Your prescription for eye glasses may be provided today, but this partial exam will NOT assess eye function or eye health, and UPFH shall NOT be held responsible for further eye health evaluations IF THEY ARE recommended. UPFH may NOT be held responsible for failing to detect abnormalities of function or eye health that we did not screen for, or that would be routinely detected in a complete eye examination.

Patient Signature (or Guarantor is patient is under 18): _____ Date: __/__/2016

VISION Hoja de Consentimiento:

Busco voluntariamente la atención de la vista y por este medio consiento a un examen de prescripción de visión en la Clínica Móvil de la Visión de Utah Partners for Health (UPFH). Tengo el derecho de rechazar tratamientos específicos y este acuerdo puede ser revocado por mí en cualquier momento con una notificación por escrito y es válido hasta que sea revocado.

Autorizo a los empleados de UPFH a prestar servicios relacionados con la visión y el cuidado de la vista. Entiendo que UPFH está comprometida a ofrecer atención de calidad a todos los pacientes, independientemente de su raza, etnia, religión, sexo o edad.

Entiendo que los registros de mi visión y la información relacionada con mi atención en la Clínica Móvil de la Visión de UPFH son confidenciales. Los pacientes con ingresos familiares por debajo del 200% de las Guías de Pobreza Federal califican para que sus servicios sean descontados de acuerdo con nuestra escala de descuentos de tarifa móvil (SFDS). Las exenciones de cuotas también están disponibles para la mayoría de los servicios en nuestra Clínica Móvil de la Visión para aquellos que califiquen para el SFDS.

Al completar y firmar el formulario a continuación, está otorgando su consentimiento a Utah Partners for Health para proporcionarle un examen de prescripción de gafas y gafas si es necesario.

FAVOR DE REGRESAR ESTE FORMATO COMPLETAMENTE LLENADO A LA OFICINA. Preguntas favor de llamar al teléfono 385-212-4802

INFORMACIÓN DEL PACIENTE *(Por Favor Imprimir)*

Nombre Completo: _____ Edad: _____ Sexo: H / M

Fecha de Nacimiento: _____ Raza: _____ Grupo Étnico: Hispano / No Hispano

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Ingreso mensual en el Hogar: \$ _____ Cuantas personas viven en casa: _____

INFORMACIÓN DEL PADRE O TUTOR *(si paciente es menor de 18 años) (Por Favor Imprimir)*

Nombre Completo: _____ Sexo: H / M

Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: _____

RECIBO DE ACEPTACION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD DE LA CLINICA DE VISION:

Al firmar este documento, estoy de acuerdo en recibir servicios del cuidado de la visión, renuncio a mi derecho de demandar o de buscar alguna compensación monetaria por parte de Utah Partners for Health y sus empleados/voluntarios profesionales del cuidado de la salud por negligencia profesional, excepto por el hecho de omisión o negligencia dolosa sin motivo. Puede solicitar más información de parte de UPFH con respecto a esta declaración llamando al 385-212-4802. Comprendo que estoy cediendo a estos derechos. Entiendo que esta renuncia se realiza únicamente con el propósito de cumplir con el Utah Code Annotated 58-13-3 el cual me permite renunciar a estos derechos a cambio de recibir servicios de salud sin alguna compensación.

La receta de la vista que PUDIERA SER proporcionada por UPFH, NO IMPLICA que se realizó un examen completo, comprensivo y funcional del ojo o de la salud ocular. La receta para los lentes se le puede proporcionar el mismo día pero NO evalúa el funcionamiento del ojo y su salud ocular y UPFH no se hará responsable de alguna evaluación adicional de salud ocular en caso de ser recomendado. UPFH NO se hace responsable de no detectar anomalías en el funcionamiento del ojo, los cuales no fueron detectados en el examen de la vista de rutina.

Firma del Paciente (o Tutor si el paciente es menor de 18 años): _____ Fecha: ___ / ___ / ___