***Sekiranya ini untuk seorang pelajar, jururawat sekolah atau penyelaras kesihatan hendaklah melengkapkan maklumat dalam kotak ini.***

**ID Pelajar: Nama Pelajar:
Tarikh Lahir:** / / **Sekolah: Gred:
Tarikh Pemeriksaan Mata**: / /  **Waktu Janji Temu**:  **Lokasi:**

**Borang Persetujuan Klinik Mata OneSight**

Anda atau anak yang mana anda adalah ibu bapa atau penjaga akan berjumpa di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 Sama ada: 1. Anak anda telah dirujuk untuk menerima pemeriksaan mata dan cermin mata percuma (jika diperlukan) berdasarkan hasil saringan penglihatan, atau

 2. Anda secara peribadi berhasrat untuk menerima pemeriksaan mata dan cermin mata percuma (jika diperlukan)

**Klinik Mata OneSight akan berada pada tarikh dan lokasi yang ditetapkan di bahagian atas halaman ini. Mana-mana pelajar yang menghadiri Klinik Mata OneSight akan menerima rawatan semasa waktu persekolahan biasa.** Perkhidmatan penglihatan percuma akan disediakan bersama dengan OneSight, penjagaan penglihatan bukan keuntungan yang utama, yang menyediakan pemeriksaan mata yang komprehensif dan cermin mata bergaya (jika diperlukan).

Sila baca maklumat berikut dengan teliti dan, jika anda memutuskan untuk mengambil bahagian (atau membenarkan anak anda mengambil bahagian) di Klinik Mata OneSight, sila lengkapkan dan kembalikan Borang Persetujuan yang dilampirkan kepada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Harap maklum bahawa jika anda/anak anda mengambil bahagian dalam Klinik Mata OneSight, masa yang dijangkakan untuk berada di klinik penglihatan adalah lebih kurang 3-5 jam. Sila buat persiapan untuk diri anda/anak anda untuk mengambil ubat dan/atau makanan yang diperlukan pada hari lawatan klinik yang telah ditetapkan. Anda/anak anda akan diselia pada setiap masa dan akan menerima satu salinan keputusan pemeriksaan penglihatan jika anda minta.

Jika anda mempunyai sebarang pertanyaan mengenai maklumat yang diberikan dalam Borang Persetujuan ini, sila hubungi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Terima kasih!**

***TAHUKAH ANDA?***

***80% daripada apa yang dipelajari oleh kanak-kanak diproses secara visual, namun seorang daripada empat orang pelajar di A.S. mempunyai masalah penglihatan yang tidak didiagnosis dan mempengaruhi keupayaannya untuk melihat dan belajar di sekolah. Pemeriksaan mata dan cermin mata (jika diperlukan) boleh membantu pelajar mencapai pembelajaran yang lebih baik melalui penglihatan yang lebih baik.***

***\* Sila simpan halaman ini untuk rekod anda supaya anda tahu tarikh, masa, dan lokasi janji temu anda/anak anda.***



***BORANG PERSETUJUAN UNTUK PERKHIDMATAN RAWATAN PENGLIHATAN***

***Pesakit/Ibu Bapa/Penjaga MESTI Melengkapkan Semua Bahagian Borang Ini dan Menandatangani Di Bawah untuk Penyertaan di Klinik Mata OneSight***

Saya, (dan, jika kanak-kanak) ibu bapa/penjaga kepada

***Nama Cetak (Ibu Bapa / Penjaga jika kanak-kanak)******Nama Cetak Pelajar***

memberikan keizinan saya untuk saya/anak saya untuk menerima pemeriksaan mata dan cermin mata percuma, jika perlu, di Klinik Mata OneSight pada masa, tarikh dan lokasi yang disediakan pada halaman sebelumnya.

**I. Penepian Pemeriksaan Fundus Kembang**

#### Lembaga optometri negeri mungkin memerlukan pemeriksaan fundus kembang sebagai sebahagian daripada pemeriksaan mata yang dilakukan oleh optometris berlesen. Pemeriksaan fundus kembang adalah pemeriksaan menyeluruh terhadap retina periferal yang dibantu oleh penggunaan ubat titik mata mengembang topikal. Prosedur ini digunakan untuk mendiagnosis keabnormalan retina seperti pemisahan, air mata, tumor, jangkitan, pendarahan dan keabnormalan genetik. Ubat titik mengembang akan menjadikan anak mata kembang selama kira-kira empat jam. Sepanjang tempoh ini pesakit mungkin mengalami kabur penglihatan dan sensitiviti ringan, yang mungkin menyukarkan pembacaan.

***SAYA SETUJU***

***SAYA TIDAK SETUJU***

***√-* KOTAK SEMAK** memberikan keizinan saya kepada optometris untuk menjalankan pemeriksaan fundus kembang semasa proses pemeriksaan di Klinik Mata OneSight.

**II. Keizinan untuk Mengambil Gambar**

Semasa menyediakan perkhidmatan penglihatan di Klinik Mata OneSight, OneSight boleh mengambil gambar saya/anak saya, video dan/atau rakaman audio saya/anak saya, da/atau kenyataan yang dibuat atau ditulis oleh saya/anak saya ("Bahan") untuk tujuan pemasaran atau perhubungan awam yang berkaitan dengan Klinik Mata OneSight dan rakan kongsinya. Saya faham bahawa dengan menunjukkan keizinan saya di bawah, saya mengetepikan hak untuk meluluskan salinan siap sebarang Bahan elektronik atau bercetak yang dihasilkan. Saya mengakui bahawa saya tidak berhak atas apa jua jenis pampasan sebagai hasil daripada penggunaan Bahan tersebut. Saya seterusnya melepaskan OneSight daripada semua liabiliti yang timbul daripada penggunaan dan pendedahan Bahan tersebut.

***SAYA SETUJU***

***SAYA TIDAK SETUJU***

***√-* KOTAK SEMAK**memberikan keizinan saya kepada OneSight untuk menggunakan, menerbitkan, mendedahkan dan mengeluarkan semula Bahan, tanpa batasan tentang cara, kekerapan atau tempoh penggunaan dan memahami bahawa keputusan saya tidak akan menjejaskan sama ada saya/anak saya daripada menerima pemeriksaan mata atau cermin mata di Klinik Mata OneSight. Saya mempunyai hak untuk membatalkan keizinan ini pada bila-bila masa dengan memaklumkan kepada OneSight secara bertulis di alamat berikut: OneSight, Attn: Chief Financial Officer, 4000 Luxottica Place, Mason, OH 45040.

**III. Kerahsiaan/Privasi dan Pelaporan Impak**

#### Jika saya menandatangani ini sebagai ibu bapa atau penjaga kanak-kanak, saya faham bahawa untuk menyediakan perkhidmatan penglihatan, OneSight akan mengakses rekod rahsia rawatan kesihatan anak saya yang dikendalikan oleh Sekolah atau Daerah. Saya faham bahawa OneSight pada setiap masa mengekalkan kerahsiaan maklumat yang diterima dan bersetuju untuk tidak mendedahkan maklumat sulit saya/anak saya kepada mana-mana pihak ketiga atau agensi kerajaan untuk apa-apa tujuan tanpa persetujuan saya atau sebagaimana yang dikehendaki oleh undang-undang. Saya juga faham bahawa OneSight mengumpul data saringan penglihatan dan pemeriksaan mata semua pesakit yang berjumpa di klinik. Saya faham bahawa data yang digunakan oleh OneSight tidak akan mengenal pasti saya/anak saya dan bahawa OneSight melakukan analisis data supaya ia boleh berkongsi laporan impak umum mengenai peningkatan dalam penglihatan pesakit/pelajar selepas mengambil bahagian di Klinik Mata OneSight.

**IV. Pelepasan Liabiliti**

#### Sebagai pertukaran untuk perkhidmatan penglihatan percuma yang diberikan kepada saya/anak saya di Klinik Mata OneSight, saya melepaskan dan membebaskan daripada mana-mana dan semua tuntutan, permintaan dan liabiliti yang timbul daripada perkhidmatan yang disediakan di Klinik Mata OneSight atau apa-apa penggunaan yang diberikan di sini, pegawai, pengarah, pekerja, ejen, sekutu, dan/atau penugasan kepada organisasi dan individu berikut: Kakitangan Sekolah atau Daerah; optometris bebas yang melakukan pemeriksaan mata; mana-mana agensi penaja bersama, dan OneSight.

# TANDATANGAN DI SINI

***TANDATANGAN PESAKIT/IBU BAPA/PENJAGA TARIKH***



**PENTING! SILA ISIKAN**

***SEJARAH KESIHATAN ANDA/ANAK ANDA***

**Maklumat Pesakit & Sejarah Kesihatan**

*Untuk membantu memudahkan pemeriksaan mata, para pesakit, ibu bapa atau penjaga mestilah melengkapkan sejarah kesihatan yang ringkas ini untuk menerima perkhidmatan penglihatan.*

## Adakah anda/anak anda atau mana-mana ahli keluarga terdekat (ibu bapa, datuk nenek dan adik beradik) mempunyai mana-mana penyakit berikut:

Diabetes: Ya, Siapa: Tidak

Glaukoma: Ya, Siapa: Tidak

Tekanan Darah Tinggi: Ya, Siapa: Tidak

Adakah anda/anak anda mempunyai alahan yang diketahui? Ya, sila senaraikan: Tidak

Adakah anda/anak anda sedang mengambil sebarang ubat? Ya, sila senaraikan: Tidak

Adakah anda/anak anda memakai cermin mata? Ya Tidak

Adakah anda/anak anda pernah memakai cermin mata? Ya Tidak

#### Bilakah kali terakhir anda/anak anda melakukan pemeriksaan mata?

#### Sila senaraikan apa-apa masalah atau gejala yang anda/anak anda alami berkaitan dengan penglihatan dan/atau kesihatan mata:

#### Sila senaraikan sebarang pembedahan terkini atau besar yang anda/anak anda telah jalani:

