***หากจัดเตรียมเอกสารนี้สำหรับนักเรียน พยาบาลประจำโรงเรียนหรือผู้ประสานงานด้านสุขภาพควรกรอกข้อมูลในช่องนี้***

**เลขประจำตัวนักเรียน: ชื่อนักเรียน
วันเกิด:** / / **โรงเรียน: ระดับชั้น:
วันที่ตรวจตา**: / / **เวลานัดหมาย**:  **สถานที่:**

**แบบฟอร์มให้ความยินยอมสำหรับ OneSight Vision Clinic**

ท่านหรือบุตรหลานที่ท่านเป็นพ่อแม่หรือผู้ปกครอง นัดหมายกันที่ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 โดยจะดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้: 1. บุตรหลานของท่านถูกส่งตัวให้เข้ารับการตรวจตาและได้รับแว่นตาฟรี (หากจำเป็น) โดยอ้างอิงตามผลการคัดกรองสายตา หรือ

 2. ตัวท่านเองต้องการรับบริการตรวจตาและได้รับแว่นตาฟรี (หากจำเป็น)

**OneSight Vision Clinic จะจัดกิจกรรมตามวันที่และสถานที่ดังระบุไว้ด้านบนของหน้านี้ นักเรียนที่เข้ารับบริการจาก OneSight Vision Clinic จะได้รับการตรวจในเวลาเรียนปกติ** บริการตรวจสายตาฟรีจัดขึ้นร่วมกับ OneSight ซึ่งเป็นองค์กรไม่แสวงผลกำไรชั้นนำด้านการดูแลสายตา โดยจัดให้มีการตรวจตาอย่างละเอียดและมอบแว่นตาที่สวยงาม (หากจำเป็น)

กรุณาอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างรอบคอบ และหากท่านตกลงเข้ารับบริการจาก (หรืออนุญาตให้บุตรหลานของท่านเข้ารับบริการ) OneSight Vision Clinic กรุณากรอกและส่งคืนแบบฟอร์มให้ความยินยอมไปที่ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ภายในวันที่ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ทั้งนี้หากท่าน/บุตรหลานของท่านเข้ารับบริการจาก OneSight Vision Clinic ท่านอาจต้องใช้เวลาที่คลินิกสายตาประมาณ 3-5 ชั่วโมง กรุณาจัดเตรียมยาที่จำเป็น และ/หรืออาหารให้พร้อมในวันที่นัดหมาย ทั้งสำหรับท่าน/บุตรหลานของท่าน ท่าน/บุตรหลานของท่านจะได้รับการดูแลทุกขั้นตอน และจะได้รับสำเนาผลตรวจสายตาในกรณีที่ท่านแจ้งขอ

หากท่านมีคำถามใดๆ เกี่ยวกับข้อมูลในแบบฟอร์มให้ความยินยอม กรุณาติดต่อ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ที่ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ขอขอบคุณ**

***ทราบหรือไม่ว่า...***

***การเรียนรู้กว่า 80% ของเด็กๆ อาศัยการประมวลผลด้วยสายตา ทว่านักเรียน 1 ใน 4 คน ในสหรัฐอเมริกามีปัญหาทางสายตาที่ไม่ได้รับการวินิจฉัย ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการมองเห็นและการเรียนรู้ที่โรงเรียน การตรวจตาและแว่นตา (หากจำเป็น) ช่วยให้นักเรียนสามารถเรียนรู้ได้ดีขึ้นผ่านสายตาที่ดีขึ้น***

***\* กรุณาเก็บสำเนาหน้านี้ไว้อ้างอิงเพื่อดูข้อมูลวันที่ เวลา และสถานที่นัดหมายของท่าน/บุตรหลานของท่าน***



***แบบฟอร์มให้ความยินยอมสำหรับบริการดูแลสายตา***

***ผู้ป่วย/พ่อแม่/ผู้ปกครองต้องกรอกข้อมูลทุกส่วนในแบบฟอร์มนี้ และต้องลงลายมือชื่อด้านล่างเพื่อเข้ารับบริการจาก OneSight Vision Clinic***

ข้าพเจ้า (และหากผู้รับบริการเป็นเด็ก) พ่อแม่/ผู้ปกครองของ

***ชื่อตัวบรรจง (พ่อแม่/ผู้ปกครอง ในกรณีที่ผู้รับบริการเป็นเด็ก)******ชื่อตัวบรรจงของนักเรียน***

ยินยอมให้ตนเอง/บุตรหลานของข้าพเจ้าเข้ารับการตรวจตาและแว่นตาฟรี (หากจำเป็น) ที่ OneSight Vision Clinic ตามเวลา วันที่ และสถานที่ซึ่งระบุในหน้าที่แล้ว

**1. การสละสิทธิ์การตรวจจอตาด้วยวิธีขยายม่านตา**

#### คณะกรรมการทัศนมาตรศาสตร์อาจกำหนดให้ต้องตรวจจอตาด้วยวิธีขยายม่านตาระหว่างขั้นตอนการตรวจตา ซึ่งดำเนินการโดยนักทัศนมาตรที่มีใบอนุญาต การตรวจจอตาด้วยวิธีขยายม่านตาเป็นการตรวจด้านหน้าของจอตาอย่างละเอียด โดยใช้ยาหยอดขยายม่านตาเฉพาะจุด ขั้นตอนนี้ใช้เพื่อวินิจฉัยความผิดปกติที่จอประสาทตา เช่น จอตาลอก ฉีดขาด มีเนื้องอก เกิดการติดเชื้อ เกิดภาวะเลือดออก และความผิดปกติทางพันธุกรรม ยาหยอดขยายรูม่านตาจะทำให้รูม่านตาขยายตัว มีผลนานประมาณ 4 ชั่วโมง ในระหว่างนี้ผู้ป่วยอาจเห็นภาพพร่ามัวและสายตาไวต่อแสง ซึ่งอาจทำให้อ่านหนังสือได้ลำบาก

***ข้าพเจ้าอนุญาต***

***ข้าพเจ้าไม่อนุญาต***

***√-* ช่องทำเครื่องหมาย** ให้นักทัศนมาตรตรวจจอตาด้วยวิธีขยายม่านตาในขั้นตอนตรวจตาที่ OneSight Vision Clinic

**2. การยินยอมให้ถ่ายภาพ**

OneSight อาจต้องการถ่ายภาพข้าพเจ้า/บุตรหลานของข้าพเจ้า ถ่ายวิดีโอและ/หรือบันทึกเสียงของข้าพเจ้า/บุตรหลานของข้าพเจ้า และ/หรือคำกล่าวหรือข้อเขียนของข้าพเจ้า/บุตรหลานของข้าพเจ้า (รวมเรียก “สื่อวัสดุ”) ในระหว่างที่ให้บริการตรวจสายตาที่ OneSight Vision Clinic เพื่อนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์ทางการตลาดหรือการประชาสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับ OneSight Vision Clinic และพันธมิตร ข้าพเจ้ารับทราบว่า การแสดงความยินยอมด้านล่าง หมายถึง ข้าพเจ้าสละซึ่งสิทธิ์ในการอนุมัติสำเนาฉบับสมบูรณ์ของสื่อวัสดุอิเล็กทรอนิกส์หรือสิ่งพิมพ์ใดๆ ที่จัดทำขึ้น ข้าพเจ้ารับทราบว่า ข้าพเจ้าไม่มีสิทธิได้รับค่าตอบแทนใดๆ จากการใช้สื่อวัสดุดังกล่าว และข้าพเจ้ายังปลดเปลื้อง OneSight จากความรับผิดทั้งหมดที่เกิดขึ้นจากการใช้และการเปิดเผยสื่อวัสดุดังกล่าว

***ข้าพเจ้าอนุญาต***

***ข้าพเจ้าไม่อนุญาต***

***√-* ช่องทำเครื่องหมาย**ให้ OneSight ใช้ เผยแพร่ เปิดเผย และทำซ้ำ ซึ่งสื่อวัสดุต่างๆ โดยปราศจากข้อจำกัดของลักษณะการใช้งาน จำนวนครั้ง หรือระยะเวลาที่ใช้งาน และรับทราบว่าการตัดสินใจของข้าพเจ้าจะไม่ส่งผลต่อการรับบริการตรวจตาหรือรับแว่นตาของข้าพเจ้า/บุตรหลานของข้าพเจ้าที่ OneSight Vision Clinic ข้าพเจ้ามีสิทธิเพิกถอนการอนุญาตได้ทุกเมื่อ โดยแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรถึง OneSight ตามที่อยู่ต่อไปนี้: OneSight, Attn: Chief Financial Officer, 4000 Luxottica Place, Mason, OH 45040

**3. การรักษาความลับ/ความเป็นส่วนตัว และรายงานผลกระทบ**

#### หากข้าพเจ้าลงนามในเอกสารฉบับนี้ในฐานะพ่อแม่หรือผู้ปกครองของบุตรหลาน ข้าพเจ้ารับทราบว่า เพื่อให้บริการตรวจสายตา ดังนั้น OneSight จะสามารถเข้าถึงระเบียนข้อมูลการดูแลสุขภาพอันเป็นข้อมูลความลับของบุตรหลานของข้าพเจ้าซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของโรงเรียนหรือเขตโรงเรียน ข้าพเจ้ารับทราบว่า OneSight จะดูแลรักษาข้อมูลที่ได้รับให้เป็นความลับตลอดเวลา และตกลงที่จะไม่เปิดเผยข้อมูลความลับของข้าพเจ้า/บุตรหลานของข้าพเจ้าแก่บุคคลภายนอกหรือหน่วยงานภาครัฐ ไม่ว่าเพื่อวัตถุประสงค์ใด โดยปราศจากความยินยอมของข้าพเจ้าหรือที่เป็นไปตามกฎหมายกำหนด ข้าพเจ้ายังรับทราบด้วยว่า OneSight จะเก็บรวบรวมข้อมูลการตรวจคัดกรองสายตาและการตรวจตาของผู้ป่วยทุกคนที่มาใช้บริการของคลินิก ข้าพเจ้ารับทราบว่า ข้อมูลที่ OneSight นำไปใช้จะไม่ระบุตัวตนของข้าพเจ้า/บุตรหลานของข้าพเจ้า และ OneSight จะวิเคราะห์ข้อมูลก่อนเผยแพร่รายงานผลกระทบทั่วไปเกี่ยวกับพัฒนาการทางสายตาของผู้ป่วย/นักเรียน หลังจากเข้ารับบริการจาก OneSight Vision Clinic

**4. การปลดเปลื้องความรับผิด**

#### เพื่อแลกกับบริการตรวจสายตาฟรีแก่ข้าพเจ้า/บุตรหลานของข้าพเจ้าที่ OneSight Vision Clinic ข้าพเจ้าขอสละสิทธิและระงับการอ้างสิทธิ ข้อเรียกร้อง และความรับผิดใดๆ และทั้งหมด ในบริการของ OneSight Vision Clinic หรือการใช้งานใดๆ ที่อนุญาตไว้ในที่นี้ ทั้งโดยเจ้าหน้าที่ ผู้อำนวยการ พนักงาน ตัวแทน บริษัทในเครือ และ/หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายขององค์กรและบุคคลต่อไปนี้: บุคลากรของโรงเรียนหรือเขตโรงเรียน นักทัศนมาตรอิสระซึ่งดำเนินการตรวจตา หน่วยงานที่ร่วมให้ทุน และ OneSight

# ลงลายมือชื่อที่นี่

***ลายมือชื่อผู้ป่วย/พ่อแม่/ผู้ปกครอง วันที่***



**สำคัญ! กรุณากรอกข้อมูล**

***ประวัติสุขภาพของท่าน/บุตรหลานของท่าน***

**ข้อมูลและประวัติสุขภาพของผู้ป่วย**

*เพื่อช่วยอำนวยความสะดวกในการตรวจตา ผู้ป่วย พ่อแม่ หรือผู้ปกครองต้องกรอกประวัติสุขภาพโดยสังเขปเพื่อรับบริการตรวจสายตา*

## ท่าน/บุตรหลานของท่านหรือสมาชิกในครอบครัวที่ใกล้ชิด (พ่อแม่ ปู่ยาตายาย และพี่น้อง) มีภาวะใดๆ ต่อไปนี้หรือไม่:

เบาหวาน: ใช่ ใคร: ไม่ใช่

ต้อหิน: ใช่ ใคร: ไม่ใช่

ความดันโลหิตสูง ใช่ ใคร: ไม่ใช่

ท่าน/บุตรหลานของท่านเป็นภูมิแพ้ที่ทราบหรือไม่ ใช่ กรุณาระบุ: ไม่ใช่

ขณะนี้ท่าน/บุตรหลานของท่านใช้ยาใดๆ หรือไม่ ใช่ กรุณาระบุ: ไม่ใช่

ขณะนี้ท่าน/บุตรหลานของท่านสวมใส่แว่นตาหรือไม่ ใช่ ไม่

ท่าน/บุตรหลานของท่านเคยสวมใส่แว่นตาหรือไม่ ใช่ ไม่

#### ท่าน/บุตรหลานของท่านเคยเข้ารับการตรวจตาครั้งล่าสุดเมื่อใด

#### กรุณาระบุปัญหาหรืออาการใดๆ เกี่ยวกับสายตา และ/หรือสุขภาพตา ที่ท่าน/บุตรหลานของท่านประสบ

#### กรุณาระบุข้อมูลการผ่าตัดล่าสุดหรือการผ่าตัดใหญ่ที่ท่าน/บุตรหลานของท่านเข้ารับการรักษา:

