إذا كان هذا مخصصًا لطالب، يجب على ممرضة المدرسة أو منسق الصحة إكمال المعلومات في هذا المربع.

رقم هوية الطالب: اسم الطالب:تاريخ الميلاد: **/ /**  المدرسة: الصف:تاريخ فحص العين: **/ /**  الموعد:الموقع:

 نموذج موافقة عيادة **OneSight** للنظر

سيتم إجراء فحص لك أنت أو لطفل أنت والده أو الوصي عليه في \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 إما: 1. تمت إحالة طفلكم لتلقي فحص مجاني للعين والنظارات (إذا لزم الأمر) بناءً على نتائج فحص النظر، أو

 2. أنت شخصيًا ترغب في الحصول على فحص مجاني للعين والنظارات (إذا لزم الأمر)

سيُعقد فحص عيادة **OneSight** للنظر في التاريخ والمكان المحددين في الجزء العلوي من هذه الصفحة. سيتلقى أي طالب يحضر إلى عيادة **OneSight** للنظر الرعاية خلال ساعات الدراسة العادية. سيتم تقديم خدمات النظر المجانية بالاشتراك مع OneSight، وهي شركة غير ربحية رائدة في مجال العناية بالنظر، والتي توفر فحصًا شاملاً للعين علاوة على النظارات الأنيقة (إذا لزم الأمر).

 يُرجى قراءة المعلومات التالية بعناية، وإذا قررت المشاركة (أو السماح لطفلك بالمشاركة) في عيادة OneSight للنظر، يُرجى ملء نموذج الموافقة المرفق وإعادته إلى \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ بحلول \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

لاحظ أنه إذا شاركت أنت/طفلكم في عيادة OneSight للنظر، فسيكون الوقت المتوقع في عيادة النظر حوالي 3-5 ساعات. يُرجى اتخاذ الترتيبات اللازمة لتوفير أي أدوية و/أو طعام ضروري لك/لطفلكم في يوم الزيارة المقرر للعيادة. ستخضع/سيخضع طفلكم للإشراف في جميع الأوقات وستحصل/سيحصل على نسخة من نتائج فحص نظره.

إذا كان لديك أي أسئلة حول المعلومات المقدمة في نموذج الموافقة هذا، يُرجى الاتصال \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ في \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

شكرًا لكم!

هل تعلم؟

أن 80% مما يتعلمه الأطفال تتم معالجته من خلال الرؤية، ولكن واحدًا من كل أربعة طلاب في الولايات المتحدة يعاني من مشكلة غير مشخصة في النظر تؤثر على قدرته أو قدرتها على الرؤية والتعلُّم في المدارس. يمكن أن يساعد فحص العين والنظارات (إذا لزم الأمر) الطلاب على تحقيق تعلُّم أفضل من خلال رؤية أفضل.

\*يُرجى الاحتفاظ بهذه الصفحة لسجلاتك حتى تعرف تاريخ، ووقت، ومكان موعدك/موعد طفلكم.



***نموذج الموافقة الخاص بخدمات العناية بالنظر***

يجب على المريض/الوالد/الوصي إكمال جميع أقسام هذا النموذج والتوقيع أدناه للمشاركة في عيادة ***OneSight*** للنظر

أنا، (و، إذا كان طفلاً) والد/الوصي القانوني على

 الاسم بخط واضح (الوالد/الوصي إذا كان طفلاً) اسم الطالب بخط واضح

أعطي إذني الخاص/لطفلي للحصول على فحص مجاني للعين والنظارات، إذا لزم الأمر، في عيادة OneSight للنظر في الوقت والتاريخ والموقع المقدمة في الصفحة السابقة.

1. التنازل عن فحص القاع الموسع

#### قد تتطلب لجنة الولاية الخاصة بفحص النظر إجراء فحص قاع العين المُتوسِّع كجزء من فحص العين الذي يقوم به أخصائي نظر معتمد. إن فحص قاع العين المُتوسِّع هو فحص شامل للشبكية المحيطية باستخدام قطرات العين الموسِّعة الموضعية. ويستخدم هذا الإجراء لتشخيص تشوهات الشبكية، مثل حالات انفصال الشبكية، والتمزقات، والأورام والعدوى والنزيف والتشوهات الوراثية. وتعمل القطرات الموسِّعة على توسيع حدقة العين لحوالي أربع ساعات. وقد يعاني المريض خلال هذه الفترة من ضبابية الرؤية والحساسية للضوء، الأمر الذي قد يجعل القراءة أمرًا صعبًا.

**أنا**

**أنا لا**

***√-* مربع اختيار** أمنح الإذن لأخصائي النظر بإجراء فحص قاع العين المُتوسِّع خلال عملية الفحص في عيادة OneSight للنظر.

**2. الإذن بالتصوير**

 أثناء تقديم خدمات الرؤية في عيادة OneSight للنظر، قد ترغب OneSight في التقاط صور لي/لطفلي، و/أو تسجيلات بالفيديو و/أو الصوت الخاصة لي/لطفلي، و/أو البيانات التي أدلي بها أو كتبت بواسطتي/طفلي ( "المواد") لأغراض التسويق أو العلاقات العامة المتعلقة ببرنامج عيادة OneSight للنظر وشركائها. أدرك أنه بالإشارة إلى إذني أدناه، فإنني أتنازل عن حق الموافقة على النسخة النهائية لأي مواد إلكترونية أو مطبوعة يتم إنتاجها. أقرّ بأنه لا يحق لي المطالبة بأي تعويض من أي نوع نتيجة لاستخدام المواد. كما أنني أقوم بإعفاء OneSight من كل المسؤولية التي تنشأ عن استخدام المواد والإفصاح عنها.

***√-* مربع اختيارأمنح إذني لشركة** OneSight **لاستخدام المواد ونشرها والكشف عنها واستنساخها، دون قيود فيما يتعلق بطريقة الاستخدام أو معدل تكراره أو مدة استخدامه، وأتفهم أن قراري لن يؤثر على ما إذا كنت سأتلقى أنا/طفلي فحصًا أو نظارات في عيادة** OneSight **للنظر. يحق لي إلغاء هذا الإذن في أي وقت عن طريق إخطار** OneSight **كتابةً على العنوان التالي: شركة** OneSight**، عناية: المدير المالي، 4000** Luxottica Place, Mason, OH 45040**.**

**أنا**

**أنا لا**

**3. السرية/الخصوصية وتقرير الأثر**

#### إذا كنت أوقّع على هذا النموذج بصفتي الوالد أو الوصي على طفل، فأنا أدرك أنه من أجل توفير خدمات الرؤية، ستقوم OneSight بالوصول إلى سجلات الرعاية الصحية السرية لطفلي التي تحتفظ بها المدرسة أو المقاطعة. أدرك أن OneSight في جميع الأوقات تحافظ على سرية المعلومات التي تتلقاها وتوافق على عدم الكشف مطلقًا عن معلومات طفلي السرية لأي جهة خارجية أو وكالة حكومية لأي غرض دون موافقتي أو وفقًا لما يقتضيه القانون. كما أفهم أيضًا أن OneSight تجمع بيانات فحص الرؤية وفحص العين لجميع المرضى الذين يتم فحصهم في العيادة. أدرك أن البيانات التي تستخدمها OneSight لن تحدد هويتي/هوية طفلي وأن OneSight تقوم بتحليل البيانات بحيث يمكنها مشاركة تقارير التأثير العام حول التحسينات في رؤية المرضى/الطلاب بعد المشاركة في عيادة OneSight للنظر.

**4. الإعفاء من المسؤولية**

#### في مقابل الحصول على خدمات الرؤية المجانية المقدمة لي/لطفلي في عيادة OneSight للنظر، يمكنني الإعفاء وإبراء الذمة عن أي وجميع المطالبات، والمطالب، والمسؤوليات الناشئة عن الخدمات المقدمة في عيادة OneSight للنظر أو أي استخدام ممنوح هنا، والمسؤولين والمديرين والموظفين والوكلاء والشركات التابعة و/أو أتنازل للمنظمات والأفراد التالية أسماؤهم: موظفو المدرسة أو المنطقة؛ وطبيب (أطباء) العيون المستقل الذي يُجري فحص العين؛ وأي وكالة مشاركة في الرعاية؛ وعيادة OneSight.

# التوقيع هنا

***توقيع المريض/الوالد/الوصي التاريخ***



مهم! يُرجى استيفاؤه

***السجل الصحي لك/لطفلك***

معلومات المريض والسِجل الصحي

*للمساعدة على تيسير إجراء فحص العين، يتعيَّن على المريض، أو الوالد أو الوصي استكمال هذا السِجل الصحي الموجز لتلقي خدمات النظر.*

## هل تعاني/يعاني طفلكم أو أي عضو مباشر بالأسرة (الوالدان، أو الأجداد والأشقاء) من أيٍّ مما يلي:

داء السكري: نعم، مَنْ: لا

الجلوكوما: نعم، مَنْ: لا

ارتفاع ضغط الدم: نعم، مَنْ: لا

لا. هل تعاني/يعاني طفلكم من أيٍ من أنواع الحساسية المعروفة؟ نعم، يُرجى ذكرها: لا

هل تتناول/يتناول طفلكم أي أدوية حاليًا؟ نعم، يُرجى ذكرها: لا

لا. هل ترتدي/يرتدي طفلكم نظارة حاليًا؟ نعم لا

هل سبق لك/لطفلكم أن ارتدى نظارة؟ نعم لا

#### متى كانت آخر مرة أجريت فيها أنت/طفلكم فحصًا للعين؟

####  يُرجى ذكر أي مشكلات معروفة أو أعراض تعاني/يعاني منها طفلكم تتعلق بنظره و/أو صحة العين:

#### يُرجى ذكر أي عمليات جراحية حديثة أو كبيرة أُجريت لك/لطفلك:

