Si se trata de un estudiante, enfermera escolar o el coordinador de salud deben completar la información en este cuadro.

Identificación del Estudiante**: Nombre del estudiante:**

 **Fecha de** nacimiento:/ / **Colegio: Grado:**

**Fecha del examen de ojos:** / /

**Hora de la cita:**  **Localización:**

**Formulario de consentimiento de la Clinicia de Vision OneSight**

Según un conjunto específico de criterios, usted o su hijo fueron derivados a una clínica de visión de OneSight para recibir un examen de la vista gratuito y (si es necesario) anteojos.

**Tenga en cuenta:** Si usted es el padre o tutor de la persona referida, complete este formulario con su información personal para asistir a la clínica de la vista.

**La cita en la Clínica de Visión OneSight se llevará a cabo en la fecha y el lugar establecidos en la parte superior de esta página.** Los servicios gratuitos de la vista se brindarán en conjunto con OneSight, una organización sin fines de lucro líder en el cuidado de la vista, que brinda un examen completo de la vista y anteojos (si es necesario).

Lea atentamente la siguiente información y, si decide participar (o permitir que su hijo participe) en OneSight Vision Clinic, complete y envíe el formulario de consentimiento adjunto a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ antes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Tenga en cuenta que si usted o su hijo participan en OneSight Vision Clinic, el tiempo esperado en la clínica será de aproximadamente 1 a 3 horas. Por favor, haga los arreglos necesarios para que usted o su hijo tengan todos los medicamentos y/o alimentos necesarios disponibles el día de la cita asignada. Usted o su hijo recibirán una copia de los resultados de su examen de la vista en la clínica.

Si tiene alguna pregunta sobre la información proporcionada en este formulario de consentimiento, comuníquese con

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**¡Gracias!**

***¿Sabías?***

***El 80 % de lo que aprenden los niños se procesa visualmente; sin embargo, uno de cada cuatro estudiantes en los EE. UU. tiene un problema de visión no diagnosticado que afecta su capacidad para ver y aprender en la escuela. Un examen de la vista y anteojos (si es necesario) pueden ayudar a los estudiantes a lograr un mejor aprendizaje a través de una mejor visión.***

***\* Guarde esta página para sus registros para que tenga presente la fecha, la hora y el lugar de su cita o la de su hijo.***

***El paciente/padre/tutor DEBE completar todas las secciones de este formulario y firmar a continuación para participar en OneSight Vision Clinic.***

Yo, (y, si es niño) padre/tutor de ,

 *Nombre en letra de imprenta (padre/tutor si es niño) Escriba el nombre del estudiante*

doy mi permiso para que mi hijo o yo recibamos un examen de la vista y anteojos gratuitos, si es necesario, en OneSight Vision Clinic a la hora, la fecha y el lugar indicados en la página anterior.

**I. Exención del examen de fondo de ojo dilatado.**

La junta estatal de optometría puede requerir un examen de fondo de ojo dilatado como parte de un examen de la vista realizado por un optometrista con licencia. Un examen de fondo de ojo dilatado es un examen completo de la retina periférica ayudado por el uso de gotas oculares dilatadoras tópicas. Este procedimiento se utiliza para diagnosticar anomalías de la retina como desprendimientos, desgarros, tumores, infecciones, hemorragias y anomalías genéticas. Las gotas dilatadoras dejarán las pupilas dilatadas durante aproximadamente cuatro horas. Durante este período, el paciente puede experimentar visión borrosa y sensibilidad a la luz, lo que puede dificultar la lectura.

***√- casilla***

***Acepto***

***No acepto***

 ***de verificación.*  *Doy mi permiso para que el optometrista realice un examen de fondo de ojo dilatado durante el proceso de examen en OneSight Vision Clinic.***

**II. Permiso para fotografiar.**

En el curso de la prestación de servicios de la vista en OneSight Vision Clinic, OneSight puede requerir tomar fotografías, grabaciones de video y/o audio de mi hijo o mías, y/o declaraciones hechas o escritas por mí o por mi hijo (los “Materiales”) con fines de marketing o relaciones públicas relacionados con OneSight Vision Clinic y sus socios. Entiendo que al indicar mi permiso a continuación, renuncio al derecho de aprobar la copia final de cualquier Material electrónico o impreso que se produzca. Reconozco que no tengo derecho a compensación de ningún tipo como resultado del uso de los Materiales. Además, libero a OneSight de toda responsabilidad que surja del uso y divulgación de los Materiales.

***√- casilla***

 ***de verificación. Doy mi permiso a OneSight para usar, publicar, divulgar y reproducir los Materiales, sin restricción en cuanto a la forma, la frecuencia o la duración del uso y entiendo que mi decisión no afectará si mi hijo o yo recibimos un examen de la vista o anteojos en la Clínica de Visión OneSight. Tengo derecho a revocar este permiso en cualquier momento notificando a OneSight por escrito a la siguiente dirección: OneSight, Attn: Chief Financial Officer, 4000 Luxottica Place, Mason, OH 45040.***

***Acepto***

***No acepto***

**III. Informes de confidencialidad/privacidad e impacto.**

Si firmo este documento como padre o tutor de un niño, comprendo que, para brindar servicios de la vista, OneSight tendrá acceso a los registros confidenciales de atención médica del niño que mantiene OneSight para ayudar a facilitar los servicios. Entiendo que OneSight en todo momento mantiene la confidencialidad de la información que recibe y acuerda nunca divulgar mi información confidencial o la de mi hijo a ningún tercero o agencia gubernamental para ningún propósito sin mi consentimiento o según lo exija la ley. También entiendo que OneSight recopila los datos y exámenes de la vista de todos los pacientes atendidos en la clínica. Entiendo que los datos utilizados por OneSight no me identificarán ni a mí ni a mi hijo y que OneSight realiza un análisis de datos para que pueda compartir informes de impacto general sobre las mejoras en la visión de los pacientes/estudiantes después de participar en la Clínica de Visión OneSight.

**IV. Liberación de responsabilidad.**

A cambio de los servicios oftalmológicos gratuitos que se brindan a mi hijo o a mi en OneSight Vision Clinic, libero de todos y cada uno de los reclamos, demandas y responsabilidades que surjan de los servicios proporcionados en OneSight Vision Clinic o cualquier uso otorgado en este documento, los funcionarios, directores, empleados, agentes, afiliados y/o cesionarios de la siguientes organizaciones e individuos: personal de la escuela o del distrito; los optometristas independientes que realizan el examen de la vista; cualquier agencia copatrocinadora y OneSight.

 *FIRMA DEL PACIENTE/PADRE/TUTOR* *FECHA*

**¡IMPORTANTE! POR FAVOR LLÉNALO**

***SU HISTORIAL MÉDICO/EL DE SU HIJO***

**Información del paciente e historial de salud.**

*Para ayudar a facilitar el examen de la vista, el paciente, padre o tutor debe completar este breve historial de salud para recibir el servicio.*

## ¿Usted/su hijo o algún miembro de la familia inmediata (padres, abuelos y hermanos) tiene alguno de los siguientes:

 Diabetes: Sí , quién: No

 Glaucoma: Sí, quién: No

 Alta presión sanguínea: Sí, quién: No

 ¿Su hijo tiene alguna alergia conocida? Sí, especifique: No

 ¿Su hijo ha tomando algún medicamento actualmente? Sí, especifique: No

 Actualmente, ¿su hijo usa anteojos? Sí No

 ¿Su hijo ha usado anteojos alguna vez? Sí No

#### ¿Cuándo fue la última vez que usted o su hijo se sometieron a un examen de la vista?

#### Enumere cualquier problema o síntoma conocido que usted o su hijo tenga con respecto a su visión y/o salud ocular:

#### Enumere cualquier cirugía reciente o importante que usted o su hijo hayan tenido: