***Jika ini untuk siswa, perawat sekolah, atau koordinator kesehatan harap mengisi informasi dalam kotak ini.***

**ID Siswa: Nama Siswa:   
Tgl. Lahir:** / / **Sekolah: Kelas:   
Tanggal Pemeriksaan Mata:** / /  **Waktu Perjanjian:**  **Lokasi:**

**Formulir Persetujuan Klinik Mata OneSight**

Anda atau anak, di mana Anda bertindak sebagai orang tua atau wali, akan dijumpai di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Salah satu: 1. Anak Anda dirujuk untuk menerima pemeriksaan mata gratis dan kacamata (jika diperlukan) berdasarkan hasil pemeriksaan mata, atau

2. Anda sendiri ingin mendapatkan pemeriksaan mata dan kacamata gratis (jika diperlukan)

**Klinik Mata OneSight akan memberikan pelayanan pada tanggal dan lokasi seperti tertera di bagian atas halaman ini. Setiap siswa yang datang ke Klinik Mata OneSight akan menerima perawatan selama jam sekolah normal.** Layanan pemeriksaan mata gratis diberikan atas kerja sama dengan OneSight, sebuah organisasi nirlaba perawatan mata terkemuka, yang menyediakan pemeriksaan mata lengkap beserta kacamata penuh gaya (jika diperlukan).

Harap baca informasi berikut dengan saksama dan, jika Anda memutuskan untuk berpartisipasi (atau mengizinkan anak Anda untuk berpartisipasi) di Klinik Mata OneSight, silakan isi dan kembalikan Formulir Izin terlampir ke \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ oleh \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Harap diketahui bahwa jika Anda/anak Anda berpartisipasi dalam Klinik Mata OneSight, perkiraan waktu di klinik mata adalah sekitar 3-5 jam. Harap persiapkan untuk Anda/anak Anda dengan obat-obatan yang diperlukan dan/atau makanan yang dibawa pada hari yang telah ditetapkan untuk datang ke klinik. Anda/anak Anda akan didampingi setiap saat dan akan menerima salinan hasil pemeriksaan mata atas permintaan Anda.

Jika Anda ada pertanyaan terkait informasi yang diberikan dalam Formulir Persetujuan ini, silakan hubungi  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Terima kasih!**

***TAHUKAH ANDA?***

***80% dari apa yang dipelajari anak-anak diproses secara visual, namun satu dari empat siswa di AS memiliki masalah penglihatan yang tidak terdiagnosis sehingga memengaruhi kemampuannya untuk melihat dan belajar di sekolah. Pemeriksaan mata dan kacamata (jika diperlukan) dapat membantu siswa mencapai pembelajaran yang lebih baik melalui penglihatan yang lebih baik.***

***\* Harap simpan halaman ini untuk arsip Anda sehingga Anda tahu tanggal, waktu, dan lokasi perjanjian Anda/anak Anda.***



***FORMULIR PERSETUJUAN LAYANAN PERAWATAN MATA***

***Pasien/Orangtua/Wali HARUS Mengisi Semua Bagian Formulir ini dan Menandatanganinya Di Bawah ini untuk Berpartisipasi dalam Klinik Mata OneSight***

Saya, (dan, jika anak) orang tua/wali dari

***Nama Terang (Orangtua/Wali jika Anak)******Nama Terang Siswa***

memberikan izin saya untuk saya/anak saya untuk menerima pemeriksaan mata dan kacamata gratis, jika diperlukan, di Klinik Mata OneSight pada waktu, tanggal, dan lokasi yang ditetapkan di halaman sebelumnya.

**I. Pelepasan Hak atas Pemeriksaan Fundus Dengan Dilatasi**

#### Dewan optometri negara bagian mungkin memerlukan pemeriksaan fundus dengan dilatasi sebagai bagian dari pemeriksaan mata yang dilakukan oleh dokter mata berlisensi. Pemeriksaan fundus dengan dilatasi adalah pemeriksaan menyeluruh retina perifer yang dibantu dengan penggunaan tetes mata dilatasi topikal. Prosedur ini digunakan untuk mendiagnosis kelainan retina seperti pelepasan, robekan, tumor, infeksi, pendarahan, dan kelainan genetik. Tetes dilatasi akan membuat pupil melebar selama kurang lebih empat jam. Selama periode ini penglihatan pasien mungkin akan mengabur dan sensitif terhadap cahaya, yang mungkin membuat sulit membaca.

***√-* TANDAI KOTAK CENTANG** memberikan izin saya kepada dokter mata untuk melakukan pemeriksaan fundus dilatasi selama proses pemeriksaan di Klinik Mata OneSight.

***SAYA BERSEDIA***

***SAYA TIDAK BERSEDIA***

**II. Izin untuk Foto**

Dalam rangka memberikan layanan mata di Klinik Mata OneSight, OneSight mungkin ingin mengambil foto saya/anak saya, video dan/atau rekaman audio saya/anak saya, dan/atau pernyataan yang dibuat atau ditulis oleh saya/anak saya ("Materi") untuk tujuan pemasaran atau hubungan masyarakat yang terkait dengan Klinik Mata OneSight dan mitranya. Saya memahami bahwa dengan memberikan izin saya di bawah ini, saya melepaskan hak untuk menyetujui salinan akhir dari setiap Materi elektronik atau cetak yang dihasilkan. Saya mengakui bahwa saya tidak berhak atas kompensasi dalam bentuk apa pun sebagai akibat dari penggunaan Materi tersebut. Saya selanjutnya membebaskan OneSight dari semua tanggung jawab yang timbul dari penggunaan dan pengungkapan Materi tersebut.

***SAYA BERSEDIA***

***SAYA TIDAK BERSEDIA***

***√-* TANDAI KOTAK CENTANG**memberikan izin kepada OneSight untuk menggunakan, menerbitkan, mengungkapkan, dan memperbanyak Materi, tanpa batasan cara, frekuensi, atau durasi penggunaan dan memahami bahwa keputusan saya tidak akan memengaruhi apakah saya/anak saya menerima pemeriksaan mata atau kacamata di Klinik Mata OneSight. Saya berhak mencabut izin ini kapan saja dengan memberi tahu OneSight secara tertulis di alamat berikut: OneSight, Attn: Chief Financial Officer, 4000 Luxottica Place, Mason, OH 45040.

**III. Pelaporan Kerahasiaan/Privasi dan Dampak**

#### Jika saya menandatangani ini selaku orang tua atau wali dari seorang anak, saya memahami bahwa untuk memberikan layanan mata, OneSight akan mengakses arsip perawatan kesehatan rahasia anak saya yang dikelola oleh Sekolah atau Distrik. Saya memahami OneSight setiap saat menjaga kerahasiaan informasi yang diterimanya dan setuju untuk tidak pernah mengungkapkan informasi rahasia anak saya kepada pihak ketiga atau instansi pemerintah untuk tujuan apa pun tanpa persetujuan saya atau sebagaimana diwajibkan oleh undang-undang. Saya juga memahami bahwa OneSight mengumpulkan data deteksi penglihatan dan pemeriksaan mata dari semua pasien yang berkunjung ke klinik. Saya memahami bahwa data yang digunakan oleh OneSight tidak akan mengidentifikasi saya/anak saya dan OneSight melakukan analisis data sehingga dapat berbagi pelaporan dampak umum tentang peningkatan penglihatan pasien/siswa setelah berpartisipasi dalam Klinik Mata OneSight.

**IV. Pelepasan Tanggung Jawab**

#### Sebagai imbalan dari layanan penglihatan gratis yang diberikan kepada saya/anak saya di Klinik Mata OneSight, saya membebaskan dan melepaskan setiap dan semua klaim, tuntutan, dan tanggung jawab yang timbul dari layanan yang diberikan di Klinik Mata OneSight atau penggunaan apa pun yang diberikan di sini, pejabat, direktur, karyawan, agen, afiliasi, dan/atau penerima pemindahan hak dari organisasi dan individu berikut: Personel Sekolah atau Distrik; dokter mata independen yang melakukan pemeriksaan mata; agen sponsor bersama, dan OneSight.

# TANDA TANGAN DI SINI

***TANDA TANGAN PASIEN/ORANG TUA/WALI TANGGAL***



**PENTING! HARAP DIISI**

***RIWAYAT KESEHATAN ANDA/ANAK ANDA***

**Informasi Pasien & Riwayat Kesehatan**

*Untuk membantu memudahkan pemeriksaan mata, pasien, orang tua, atau wali harus mengisi riwayat kesehatan singkat ini untuk menerima layanan mata.*

## Apakah Anda/anak Anda atau anggota keluarga dekat (orang tua, kakek nenek, dan saudara kandung) memiliki salah satu dari berikut ini:

Diabetes: Ya, Siapa: Tidak

Glukoma: Ya, Siapa: Tidak

Tekanan Darah Tinggi: Ya, Siapa: Tidak

Apakah Anda/anak Anda diketahui memiliki alergi? Ya, harap cantumkan: Tidak

Apakah Anda/anak Anda saat ini sedang minum obat? Ya, harap cantumkan: Tidak

Apakah Anda/anak Anda saat ini memakai kacamata? Ya Tidak

Pernahkah Anda/anak Anda memakai kacamata? Ya Tidak

#### Kapan terakhir kali Anda/anak Anda menjalani pemeriksaan mata?

#### Harap sebutkan masalah atau gejala yang diketahui Anda/anak Anda terkait dengan penglihatannya dan/atau kesehatan mata:

#### Harap sebutkan setiap operasi baru atau besar yang pernah Anda/anak Anda jalani:

