***यदि यह किसी छात्र के लिए है, तो स्कूल नर्स या स्वास्थ्य समन्वयक इस बॉक्स में जानकारी भरें।***

**छात्र ID: छात्र का नाम:
जन्म-तिथि:** / / **स्कूल: श्रेणी:
आँखों की जाँच की तारीख़**: / / **अपॉइंटमेंट समय**:  **स्थान:**

**OneSight विज़न क्लिनिक सहमति फ़ॉर्म**

आपको या बच्चे को, जिसके आप माता-पिता या अभिभावक हैं, यहाँ देखा जाएगा \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 या तो: 1. दृष्टि परीक्षण के परिणामों के आधार पर आपके बच्चे को निःशुल्क आँखों की जाँच और चश्मे (यदि आवश्यक हो) के लिए संदर्भित किया गया था, या

 2. आप निजी तौर पर निःशुल्क आँखों की जाँच और चश्मा (यदि आवश्यक हो) प्राप्त करना चाहते हैं

**OneSight विज़न क्लिनिक इस पृष्ठ के शीर्ष पर उल्लिखित दिनांक और स्थान पर आयोजित की जाएगी। OneSight विज़न क्लिनिक में भाग लेने वाले किसी भी छात्र की सामान्य स्कूल के घंटों के दौरान देखरेख की जाएगी।** निःशुल्क दृष्टि सेवाएँ प्रमुख दृष्टि सेवा की लाभेतर संस्था, OneSight के संयोजन में प्रदान की जाएगी, जो व्यापक आँखों की जाँच तथा स्टाइलिश चश्मा (यदि आवश्यक हो) प्रदान करती है।

कृपया नीचे दी गई जानकारी को ध्यान से पढ़ें और यदि आप OneSight विज़न क्लिनिक में भाग लेना चाहते हैं (या अपने बच्चे को भाग लेने की अनुमति देते हैं), तो कृपया \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_तक \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ को संलग्न सहमति फ़ॉर्म भर कर लौटाएँ।

ध्यान दें कि यदि आप/आपका बच्चा OneSight विज़न क्लिनिक में भाग लेता है, तो विज़न क्लिनिक में लगभग 3-5 घंटे लग सकते हैं। कृपया अपने/अपने बच्चे के लिए उनके निर्धारित क्लिनिक दिवस पर आवश्यक दवा और/या भोजन उपलब्ध कराने की व्यवस्था करें। आपकी/आपके बच्चे की हर समय देखरेख की जाएगी और यदि आप अनुरोध करते हैं, तो आपको उनके दृष्टि परीक्षण के परिणामों की प्रतिलिपि दी जाएगी।

यदि इस सहमति फ़ॉर्म में दी गई जानकारी से संबंधित आपके कोई प्रश्न हों, तो कृपया \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_पर \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_से संपर्क करें।

**धन्यवाद!**

***क्या आप जानते हैं?***

***बच्चे जो सीखते हैं उसका 80% आँखों से संसाधित होता है, फिर भी अमेरिका में चार में से एक छात्र को देखने और स्कूल में सीखने की उनकी क्षमता को प्रभावित करने वाली ऐसी दृष्टि समस्या है जिसका निदान नहीं किया गया है। आँखों की जाँच और चश्मे से (यदि आवश्यक हो) छात्रों को बेहतर दृष्टि के माध्यम से बेहतर शिक्षा ग्रहण करने में मदद मिल सकती है।***

***\* कृपया इस पृष्ठ को अपने रिकॉर्ड के लिए रखें ताकि आपको अपने/अपने बच्चे के अपॉइंटमेंट की तारीख़, समय, और स्थान का पता हो।***



***विज़न केयर सेवाओं के लिए सहमति फ़ॉर्म***

***OneSight विज़न क्लिनिक में भाग लेने के लिए रोगी/माता-पिता/अभिभावक को इस फ़ॉर्म के सभी खंडों को पूरा करना होगा और नीचे हस्ताक्षर करना होगा***

मैं, (और, यदि बच्चा हो), का/की माता-पिता/अभिभावक

***नाम लिखें (माता-पिता / अभिभावक यदि बच्चा हो)******छात्र का नाम लिखें***

मेरे/मेरे बच्चे के लिए OneSight विज़न क्लिनिक में पिछले पृष्ठ पर उल्लिखित समय, दिनांक और स्थान पर निःशुल्क आँखों की जाँच और चश्मा, यदि आवश्यक हो, प्राप्त करने के लिए अपनी अनुमति देता/देती हूँ।

**I. विस्तारित बुध्न परीक्षण (Dilated Fundus Exam) से छूट**

#### ऑप्टोमीट्री के राज्य बोर्ड द्वारा लाइसेंस प्राप्त ऑप्टोमीट्रिस्ट द्वारा निष्पादित आँखों की जाँच के हिस्से के रूप में विस्तारित बुध्न परीक्षण (dilated fundus exam) की आवश्यकता हो सकती है। विस्तारित बुध्न परीक्षण (dilated fundus exam) स्थानीय विस्तृत करने वाले आई ड्रॉप्स के उपयोग की सहायता से परिधीय रेटिना का संपूर्ण परीक्षण है। इस प्रक्रिया का उपयोग अलगाव, आँसू, ट्यूमर, संक्रमण, रक्तस्राव और आनुवंशिक असामान्यताएँ जैसी रेटिना से संबंधित असमान्यताओं के निदान के लिए किया जाता है। विस्तृत करने वाली बूँदें पुतलियों को लगभग चार घंटों के लिए विस्तृत रखेंगी। इस अवधि के दौरान रोगी को धुँधली दृष्टि और प्रकाश संवेदनशीलता का अनुभव हो सकता है, जिससे पढ़ने में कठिनाई हो सकती है।

***मैं अनुमति देता/देती हूँ***

***मैं अनुमति नहीं देता/देती हूँ***

***√-* बॉक्स टिक करें** कि ऑप्टोमीट्रिस्ट OneSight विज़न क्लिनिक में परीक्षण प्रक्रिया के दौरान विस्तारित बुध्न परीक्षण (dilated fundus exam) निष्पादित करें।

**II. फ़ोटोग्राफ़ की अनुमति**

OneSight विज़न क्लिनिक में दृष्टि सेवाएँ प्रदान करते समय, OneSight विज़न क्लिनिक और उसके भागीदारों से संबंधित मार्केटिंग या जन-संपर्क प्रयोजनों के लिए OneSight, मेरे/मेरे बच्चे के फ़ोटोग्राफ़ ले सकता है, मेरे/मेरे बच्चे की वीडियो और/या ऑडियो रिकॉर्डिंग कर सकता है, और/या मेरे/मेरे बच्चे द्वारा कथित या लिखित बयान (“सामग्री”) ले सकता है। मैं समझता/समझती हूँ कि नीचे मेरी अनुमति इंगित करते हुए, मैं उत्पादित की जाने वाली किसी इलेक्ट्रॉनिक या मुद्रित सामग्री की तैयार प्रति को अनुमोदित करने के हक़ को छोड़ रहा/रही हूँ। मैं स्वीकार करता/करती हूँ कि मैं सामग्रियों के उपयोग करने के परिणामस्वरूप किसी भी क्षतिपूर्ति का/की हकदार नहीं हूँ। मैं आगे OneSight को सामग्री के उपयोग और प्रकटीकरण से उत्पन्न सभी देयताओं से मुक्त करता/करती हूँ।

***मैं अनुमति देता/देती हूँ***

***मैं अनुमति नहीं देता/देती हूँ***

***√-* बॉक्स टिक करें**कि OneSight सामग्री के उपयोग के तरीक़े, आवृत्ति, या अवधि पर बिना किसी प्रतिबंध के, सामग्री का उपयोग, प्रकाशन, प्रकट और पुनर्उत्पादन कर सकता है और समझता/समझती हूँ कि मेरा निर्णय OneSight विज़न क्लिनिक में मेरे/मेरे बच्चे द्वारा प्राप्त की जाने वाली आँखों की जाँच या चश्मे को प्रभावित नहीं करेगा। मुझे निम्नलिखित पते पर OneSight को लिखित सूचना देकर किसी भी समय इस अनुमति को रद्द करने का अधिकार है: OneSight, ध्यानार्थ: Chief Financial Officer, 4000 Luxottica Place, Mason, OH 45040।

**III. गोपनीयता/निजता और प्रभाव रिपोर्टिंग**

#### यदि मैं बच्चे के माता-पिता या अभिभावक के रूप में इस पर हस्ताक्षर कर रहा/रही हूँ, तो मैं समझता/समझती हूँ कि दृष्टि सेवाएँ प्रदान करने के लिए, OneSight को स्कूल या डिस्ट्रिक्ट द्वारा अनुरक्षित मेरे बच्चे के गोपनीय स्वास्थ्यचर्या रिकॉर्ड तक पहुँच हासिल है। मैं समझता/समझती हूँ कि OneSight द्वारा हर समय उसे प्राप्त जानकारी की गोपनीयता बनाए रखी जाती है और वह मेरी सहमति के बिना या अन्यथा क़ानून द्वारा अपेक्षित न होने पर किसी भी प्रयोजन के लिए किसी तृतीय पक्ष या सरकारी एजेंसी को मेरी/मेरे बच्चे की गोपनीय जानकारी का खुलासा न करने के लिए सहमत है। मैं यह भी समझता/समझती हूँ कि OneSight द्वारा क्लिनिक में देखे गए सभी रोगियों के दृष्टि परीक्षण तथा आँखों की जाँच संबंधी डेटा संग्रहीत किया जाता है। मैं समझता/समझती हूँ कि OneSight द्वारा प्रयुक्त डेटा में मेरी/मेरे बच्चे की पहचान नहीं होगी और OneSight द्वारा डेटा विश्लेषण इसलिए किया जाता है कि OneSight विज़न क्लिनिक में भाग लेने के बाद रोगी/छात्र की दृष्टि में होने वाले सुधार के बारे में सामान्य प्रभाव रिपोर्टिंग साझा कर सकें।

**IV. दायित्व निवारण**

#### OneSight विज़न क्लिनिक में मुझे/मेरे बच्चे को प्रदान की गई निःशुल्क दृष्टि सेवाओं के बदले में, मैं OneSight विज़न में उपलब्ध कराई गई सेवाओं या यहाँ मंजूर किसी उपयोग से उत्पन्न किसी और सभी दावों, माँगों, और देयताओं से/को निम्नलिखित संगठनों के अधिकारियों, निदेशकों, कर्मचारियों, एजेंटों, सहयोगियों, और/या समनुदेशकों और व्यक्तियों: स्कूल या डिस्ट्रिक्ट कर्मियो; आँखों की जाँच करने वाले स्वतंत्र ऑप्टोमीट्रिस्ट(टों); किसी सह-प्रायोजक एजेंसी, और OneSight को मुक्त करता/करती हूँ/ छोड़ता/छोड़ती हूँ।

# यहाँ हस्ताक्षर करें

***रोगी/माता-पिता/अभिभावक के हस्ताक्षर दिनांक***



**महत्वपूर्ण! कृपया भरें**

***आपका / आपके बच्चे का स्वास्थ्य इतिहास***

**रोगी सूचना और स्वास्थ्य इतिहास**

*रोगी, माता-पिता, या अभिभावक के आँखों की जाँच में मदद के लिए, दृष्टि सेवाएँ प्राप्त करने हेतु इस संक्षिप्त स्वास्थ्य इतिहास को पूरा करें।*

## क्या आपको/आपके बच्चे को या आपके परिवार के क़रीबी सदस्य (माता-पिता, दादा-दादी, नाना-नानी, और भाई-बहन) को निम्नलिखित में कोई है:

मधुमेह (डायबीटिज़): हाँ, किसे: नहीं

मोतियाबिंद (ग्लॉकोमा): हाँ, किसे: नहीं

उच्च रक्त चाप: हाँ, किसे: नहीं

क्या आपको/आपके बच्चे को कोई ज्ञात एलर्जी है? हाँ, सूचीबद्ध करें: नहीं

क्या आप/आपका बच्चा वर्तमान में कोई दवा ले रहे हैं/रहा है? हाँ, सूचीबद्ध करें: नहीं

क्या आप/आपका बच्चा वर्तमान में चश्मा पहनते हैं/पहनता है? हाँ नहीं

क्या आपने/आपके बच्चे ने कभी चश्मा पहना है? हाँ नहीं

#### आपने/आपके बच्चे ने आख़िरी बार कब आँखों की जाँच करवाई थी?

#### कृपया किसी ऐसी ज्ञात समस्या या लक्षणों को सूचीबद्ध करें जो आपको/आपके बच्चे को दृष्टि और/या नेत्र स्वास्थ्य के संबंध में हुई थी:

#### अगर आपने/आपके बच्चे ने हाल ही में कोई बड़ी सर्जरी करवाई हो, तो कृपया सूचीबद्ध करें:

