***Se se tratar de um estudante, a enfermeira ou o coordenador de saúde da escola devem preencher as informações nesta caixa.***

**ID do aluno: Nome do aluno:   
Data de nascimento:** / / **Escola: Grau:   
Data do exame oftalmológico**: / /  **Horário da consulta**:  **Local:**

**Formulário de consentimento da Clínica de Cuidados Visuais OneSight**

Você ou uma criança da qual é pai/mãe ou responsável será examinado/a em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Pois: 1. Seu filho/sua filha foi encaminhado/a para fazer um exame oftalmológico gratuito e receber óculos (se necessário) com base nos resultados da triagem visual, ou

2. Você pessoalmente deseja fazer um exame oftalmológico gratuito e receber óculos (se necessário)

**A Clínica de Cuidados Visuais OneSight terá lugar na data e no local indicados no alto desta página. Os estudantes que comparecerem a uma Clínica de Cuidados Visuais OneSight serão atendidos durante o horário de aula normal.** Os serviços de cuidados visuais gratuitos serão fornecidos em conjunto com a OneSight, uma organização sem fins lucrativos líder em cuidados visuais, que fornece um exame oftalmológico abrangente e óculos elegantes (se necessário).

Leia atentamente as informações a seguir e, se decidir participar (ou permitir que seu filho/sua filha participe) da Clínica de Cuidados Visuais OneSight, preencha e devolva o Formulário de Consentimento em anexo para \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ até \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Observe que, se você/seu filho/sua filha participar da Clínica de Cuidados Visuais OneSight, o tempo estimado na clínica de cuidados visuais será de aproximadamente 3-5 horas. Por favor, organize-se para que você/seu filho/sua filha disponha dos medicamentos e/ou alimentos necessários no dia marcado na clínica. Você/seu filho/sua filha será supervisionado/a o tempo todo e receberá uma cópia dos resultados do exame oftalmológico, se o desejar.

Se tiver qualquer dúvida sobre as informações fornecidas neste Formulário de Consentimento, entre em contato com \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Obrigado!**

***VOCÊ SABIA?***

***80% do que as crianças aprendem é processado visualmente; no entanto, um em cada quatro estudantes nos EUA tem um problema de visão não diagnosticado que afeta sua capacidade de enxergar e aprender na escola. Um exame oftalmológico e óculos (se necessário) podem ajudar os estudantes a ter um melhor aprendizado através de uma melhor visão.***

***\* Guarde esta página para saber a data, o horário e o local da sua consulta/da consulta do seu filho/da sua filha.***



***FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO PARA SERVIÇOS DE CUIDADOS VISUAIS***

***Para participar da Clínica de Cuidados Visuais, o paciente/pai ou mãe/responsável DEVE preencher todas as seções deste formulário e assiná-lo***

Eu, (e, em caso de criança) pai/mãe/responsável de

***Nome em letra de forma (pai/mãe/responsável, em caso de criança)******Nome do estudante em letra de forma***

concedo minha permissão para que eu/meu filho/minha filha faça um exame oftalmológico gratuito e receba óculos, se necessário, na Clínica de Cuidados Visuais OneSight no horário, data e local indicados na página anterior.

**I. Consentimento para exame de fundo de olho dilatado**

#### O conselho estadual de optometria pode exigir um exame de fundo de olho dilatado como parte do exame oftalmológico realizado por um optometrista licenciado. O exame de fundo de olho dilatado é um exame minucioso da retina periférica auxiliado pelo uso tópico de colírios dilatadores. Este procedimento é usado para diagnosticar alterações da retina, como descolamentos, rasgos, tumores, infecções, hemorragias e anomalias genéticas. O colírio dilatador deixará as pupilas dilatadas por aproximadamente quatro horas. Durante esse período, o paciente pode sentir a visão embaçada e sensibilidade à luz, o que pode dificultar a leitura.

***DOU***

***NÃO DOU***

***√-* CAIXA DE SELEÇÃO** minha permissão para que o optometrista realize o exame de fundo de olho dilatado durante o processo de exame na Clínica de Cuidados Visuais OneSight.

**II. Permissão para fotografias**

Durante a prestação dos serviços de cuidados visuais na Clínica de Cuidados Visuais OneSight, a OneSight pode desejar tirar fotos de mim/meu filho/minha filha, fazer gravações de vídeo e/ou áudio comigo/meu filho/minha filha e/ou registrar declarações feitas ou escritas por mim/meu filho/minha filha (os “Materiais”) para fins de marketing ou relações públicas relacionados à Clínica de Cuidados Visuais OneSight e seus parceiros. Entendo que, ao indicar minha permissão abaixo, renuncio ao direito de aprovar a cópia final de qualquer Material eletrônico ou impresso produzido. Reconheço que não tenho direito a qualquer tipo de compensação como resultado do uso dos Materiais. Além disso, isento a OneSight de qualquer responsabilidade decorrente do uso e da divulgação dos Materiais.

***DOU***

***NÃO DOU***

***√-* CAIXA DE SELEÇÃO**minha permissão para que a OneSight use, publique, divulgue e reproduza os Materiais, sem restrições quanto à maneira, frequência ou duração do uso, e compreendo que minha decisão não afetará o fato de eu ou meu filho/minha filha fazermos um exame oftalmológico ou recebermos óculos na Clínica de Cuidados Visuais OneSight. Tenho o direito de revogar essa permissão a qualquer momento, notificando a OneSight por escrito no seguinte endereço: OneSight, Attn: Chief Financial Officer, 4000 Luxottica Place, Mason, OH 45040.

**III. Confidencialidade/privacidade e relatórios de impacto**

#### Se estou assinando este documento como pai/mãe ou responsável por uma criança, entendo que, para fornecer serviços de cuidados visuais, a OneSight acessará os registros confidenciais de assistência médica de meu filho/minha filha mantidos pela Escola ou pelo Distrito. Entendo que a OneSight mantém sempre a confidencialidade das informações que recebe e concorda em nunca divulgar as minhas informações confidenciais ou as do meu filho/da minha filha a terceiros ou a órgãos governamentais para qualquer finalidade sem o meu consentimento ou conforme exigido por lei. Entendo também que a OneSight coleta os dados da triagem visual e do exame oftalmológico de todos os pacientes atendidos na clínica. Entendo que os dados usados ​​pela OneSight não identificam a mim/a meu filho/minha filha e que a OneSight realiza uma análise de dados, para que possa divulgar relatórios de impacto geral sobre as melhorias na visão dos pacientes/estudantes após participarem da Clínica de Cuidados Visuais OneSight.

**IV. Liberação de Responsabilidade**

#### Em troca dos serviços gratuitos de cuidados visuais fornecidos a mim/meu filho/minha filha na Clínica de Cuidados Visuais OneSight, libero e isento de toda e qualquer reivindicação, demanda ou responsabilidade decorrentes dos serviços prestados na Clínica de Cuidados Visuais OneSight ou qualquer uso aqui concedido, os executivos, diretores, funcionários, agentes, afiliados e/ou cessionários das seguintes organizações e indivíduos: Pessoal da escola ou do distrito; o(s) optometrista(s) independente(s) que realiza(m) o exame oftalmológico; qualquer agência copatrocinadora; e a OneSight.

# ASSINE AQUI

***ASSINATURA DO PACIENTE/PAI ou MÃE/RESPONSÁVEL DATA***



**IMPORTANTE! POR FAVOR PREENCHA**

***SEU HISTÓRICO DE SAÚDE/DE SEU FILHO/SUA FILHA***

**Informações e histórico de saúde do paciente**

*Para facilitar o exame oftalmológico, o paciente, pai/mãe ou responsável deve completar este breve histórico de saúde para receber os serviços de cuidados visuais.*

## Você/seu filho/sua filha ou algum membro direto da família (pais, avós e irmãos) tem um dos seguintes problemas de saúde:

Diabetes: Sim, quem: Não

Glaucoma: Sim, quem: Não

Pressão alta: Sim, quem: Não

Você/seu filho/sua filha tem alergias conhecidas? Sim, liste: Não

Você/seu filho/sua filha está atualmente tomando algum Sim, liste: Não  
medicamento?

Você/seu filho/sua filha atualmente usa óculos? Sim Não

Você/seu filho/sua filha já usou óculos? Sim Não

#### Quando foi a última vez que você/seu filho/sua filha fez um exame oftalmológico?

#### 

#### Liste quaisquer problemas ou sintomas conhecidos que você/seu filho/sua filha apresente em relação à sua visão e/ou saúde oftalmológica:

#### Liste quaisquer cirurgias recentes ou importantes a que você/seu filho/sua filha se submeteu:

