



## "الموافقة ومنح الإذن"

اسم المريض: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

من خلال توقيع هذه الموافقة وهذا الإذن في المساحة الفارغة أدناه، أنت توافق على ذلك بصفتك مريضاً، أو نيابة عن المريض المذكور أعلاه، على النحو الآتي:

- أدرك أنني أبدأ في تلقي الرعاية الخاصة بالعيون في مركز العيون (The Eye and Vision Center) وأنه سيتم فحصي وتلقي الرعاية بناءً على تشخيصي وأهدافي. أفوض وأوافق بأن يقوم مركز العيون (The Eye and Vision Center) بتقديم الفحص والرعاية اللازمين.
- أنا على علم بأن مركز العيون (The Eye and Vision Center) هو أحد أقسام كلية البصريات التابعة لجامعة ماساتشوستس للصيدلة والعلوم الصحية (MCPHS)، وهي مؤسسة تعليمية للتعليم العالي يتلقى فيها الطلاب تعليماً وتدريباً في مجال البصريات. أوافق على أن يقوم أعضاء هيئة التدريس والطلاب في كلية البصريات التابعة لجامعة MCPHS بإجراء الفحوصات والاختبارات اللازمة، بما في ذلك -على سبيل المثال لا الحصر- صور للعين، وفحص الضغط، ومجالات الإبصار.
- أدرك وأوافق على أنه يجوز استخدام المعلومات الصحية المحمية التي تم الحصول عليها نتيجة لهذا الفحص والعلاج أو الإفصاح عنها لغرض تعزيز الأهداف التعليمية لجامعة MCPHS، بما في ذلك تدريب طلاب كلية البصريات.
- أدرك وأوافق بأنه يجوز استخدام بياناتي غير المحددة للهوية، بما في ذلك -على سبيل المثال لا الحصر- بيانات الفحص السريري، أو التشخيصات، أو العلاجات، والإفصاح عنها من قبل كلية البصريات بجامعة MCPHS بهدف إجراء الأبحاث.
- أمنح موافقتي وإذني لموظفي وطلاب كلية البصريات بجامعة MCPHS لالتقاط ونشر صور لي أو للمريض المحدد أعلاه لأغراض التعليم والبحث والأغراض الأخرى التي تعزز الأهداف التعليمية لكلية البصريات بجامعة MCPHS. [ضع علامة واحدة]:

نعم  لا

- إذا لم تكن اللغة الإنجليزية هي لغتي الأولى، فإنني أقر بأنه عرض عليّ توفير مترجم فوري و/أو خدمات ترجمة وقدمت لي في حال طلبها [ضع علامة واحدة]:

نعم  لا  لا ينطبق

- أسمح بدفع مزايا التأمين الخاصة بي، بما في ذلك Medicare و/أو Medicaid، مباشرةً إلى مركز العيون (The Eye and Vision Center). وأدرك أنني مسؤول من الناحية المالية عن أي حساب متبقٍ. وأفوض إلى مركز العيون (The Eye and Vision Center) الإفصاح عن أي معلومات مطلوبة لإنهاء إجراءات مطالبات التأمين الخاصة بي. [ضع علامة واحدة]:

نعم  لا  لا ينطبق

- أفهم البيانات والاتفاقيات المنصوص عليها في هذه "الموافقة وهذا الإذن". وأدرك أن لدي الحق في أن يجيب طبيبي عن أية أسئلة بخصوص علاجي، وأقر بأنه تمت الإجابة عن جميع أسئلتي. أقر وأوافق على أن مركز العيون (The Eye and Vision Center) لديه الحق في رفض الرعاية.

التاريخ: \_\_\_\_\_

توقيع المريض أو الوصي القانوني عليه

طباعة اسم الوصي القانوني (إن وجد) \_\_\_\_\_

التاريخ: \_\_\_\_\_

توقيع المترجم الفوري (إن وجد)